

ZEITSCHRIFT FÜR HEBAMMENWISSENSCHAFT

Journal of Midwifery Science

Themen:

- ◆ Bericht zur 15. Mitgliederversammlung
- ◆ Berichte zu Sektionen und Mandaten
- ◆ Berichte zu Stellungnahmen
- ◆ Berichte zu Leitlinien
- ◆ Best Practice in der interprofessionellen Schwangerenvorsorge
- ◆ Arbeitsanforderungen und Arbeitsressourcen: Determinanten vorzeitiger Ausstiege aus dem Hebammenberuf
- ◆ Eipollösung zur Geburtseinleitung
- ◆ Einblicke in Forschung/Lehre
- ◆ Junges Forum

Kategorien

Editorial	1
Aktuelles	4
Sektionen / Mandate	4
Stellungnahmen/Leitlinien	9
Originalartikel	20
Reviews	35
Einblicke in Forschung/Lehre	37
Junges Forum	46
Bekanntmachungen	51
Termine	52

Ziele der DGHWi

- sie fördert Hebammenwissenschaft in der Forschung
- sie unterstützt den wissenschaftlichen Diskurs in der Disziplin
- sie gewährleistet wissenschaftstheoretischen und methodologischen Pluralismus
- sie stellt Forschungsergebnisse der Allgemeinheit zur Verfügung
- sie bezieht Stellung zu wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Themen
- sie fördert die Anwendung von Hebammenforschung in Praxis und Lehre
- sie führt wissenschaftliche Konferenzen durch

Inhaltsverzeichnis

Editorial	1
Aktuelles	
Bericht zur 15. Mitgliederversammlung	2
Förderbekanntmachung zur Erforschung neuer Versorgungsformen	4
Sektionen / Mandate	
Berichte	4
Stellungnahmen/Leitlinien	
Sichere und respektvolle geburtshilfliche Versorgung während der COVID-19 Pandemie	9
S3 Leitlinie Vaginale Geburt am Termin	10
S3 Leitlinie Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin	13
Stellungnahmen zu Entwürfen des BMG	14
Änderung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c, Absatz 3	18
Originalartikel	
Best Practice in der interprofessionellen Schwangerenvorsorge	20
Arbeitsanforderungen und Arbeitsressourcen: Determinanten vorzeitiger Ausstiege aus dem Hebammenberuf	27
Reviews	
Eipollösung zur Geburtseinleitung	35
Einblicke in Forschung/Lehre	
Verstehen, Relevanzsetzung und Wissen in Gesprächen der Schwangerenberatung	37
Anpassungslehrgang für Hebammen aus Drittstaaten an der Evangelische Hochschule Berlin	41
Junges Forum	46
Bekanntmachungen	51
Termine	52
Vorstand: Kontaktangaben	
Impressum	

Liebe Leserinnen und Leser,

liebes Mitglied der DGHWi,

jetzt leben wir schon seit über einem Jahr mit dem für uns alle neuen Virus SARS-CoV-2 und hoffen, dass die Impfung auch vor weiteren Mutanten schützt. Ein anfänglicher Mangel an Schutzkleidung, Testkapazitäten und Schnelltests scheint überwunden. Ungewissheiten und uneinheitliche Standards im Umgang mit (potenziell) angesteckten (schwangeren) Frauen, Begleitpersonen oder auch den Neugeborenen sowie die Sorge vor eigener Ansteckung, Quarantäne und Langzeitfolgen bleiben weiterhin. Vieles ruckelt sich langsam zurecht, vieles musste geändert werden und vieles hat die Chance, sich langfristig zu ändern. Mit der Geburt eines weiteren Enkelkindes konnte ich die einzelnen Überlegungen zu Schwangerschaft und Geburt in Zeiten der Pandemie hautnah miterleben. Gerne verweise ich in diesem Zusammenhang auf unser Standpunktpapier „Sichere und respektvolle geburtshilfliche Versorgung während der COVID-19-Pandemie“, das diese Themen aufgreift.

Zu den Neuerungen im letzten Jahr zählen sicherlich die Verbesserung der Software von Tele-Konferenzen und die auch digitale Teilnahme an Kongressen. Ich fand es immer schon schade, dass viele Hebammen, die aus beruflichen oder privaten Gründen nicht reisen konnten, von Kongressen komplett ausgeschlossen waren. Bei unserer nächsten Internationalen Konferenz in Winterthur im Februar 2022, die wir in Präsenz planen, werden Sie auch (eventuell zeitversetzt) digital teilnehmen können. Bitte beteiligen Sie sich auch selbst durch Einreichung eines Abstracts über unsere Website.

Auf ein (erstes) Treffen in Präsenz warten wir allerdings auch im Vorstand weiterhin vergeblich. Das im Mai geplante Coaching zur Weiterentwicklung des Strategieprozesses der DGHWi fand aufgrund der Corona-Notbremse durch die Änderung im Infektionsschutzgesetz online statt. Mit eigener Softwarelizenz sind wir für Treffen zur Besprechung der unterschiedlichen Tätigkeiten, aber auch der sehr erfolgreich verlaufenen Workshopreihe „Wissen ab Acht“, die die Sektion „Junges Forum Hebammenwissenschaft“ durchgeführt hat, gut ausgerüstet. Auch die letzte Mitgliederversammlung im Februar hat online sehr gut geklappt und war mit bis zu 171 Teilnehmer*innen überdurchschnittlich gut besucht (siehe Bericht).

Die kommende Mitgliederversammlung 2022 wird im Rahmen der Konferenz am Institut für Hebammen an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) stattfinden, diesmal mit Wahlen für einen veränderten Vorstand. Ich war dann vier Jahre lang Vorsitzende der DGHWi und stelle mich nicht erneut zur Wahl. Bitte überlegen Sie schon jetzt, ob Sie ein Amt im Vorstand übernehmen können und melden Sie sich bei mir!

Die DGHWi hat jetzt über 500 Mitglieder aus Deutschland, Österreich und der Schweiz, ist als Institution bekannt und wird in unterschiedlichen Gremien auf Bundesebene durch ihre konstruktive Mitarbeit geschätzt. Wachsende Aufgaben, beziehungsweise Möglichkeiten zur Mitgestaltung, treffen auf Grenzen der zeitlichen Verfügbarkeit der Vorstandsfrauen. Unterstützung zukunftsweisender interprofessioneller Projekte werden gehemmt durch das Gewohnte bisheriger Strukturen.

Vielleicht wäre es hilfreich, zukünftig Präsident*innen zu wählen: Dies entspricht der Wortwahl anderer Fachgesellschaften und scheint einen Unterschied zu machen. Vielleicht benötigen die Vorstandsmitglieder je eine persönliche Referentin oder wir wagen eine Umstellung auf zumindest zwei angemessen bezahlte Stellen im Vorstand oder unter den Beauftragten. Dazu werden wir bis zur Wahl einen Vorschlag machen.

Auch die Stellvertretende Vorsitzende Frau Professorin Dorothea Tegethoff wird den Vorstand verlassen, der DGHWi allerdings als Editorin-in-Chief der ZHWi weiterhin erhalten bleiben. Gerade hat sie einen Vertrag mit EBSCO unterschrieben: die meisten Texte unserer Zeitschrift werden bald in CINAHL und damit bei jeder systematischen



Recherche zu finden sein. Das ist ein weiterer Meilenstein der Fachgesellschaft.

Zu den ersten Texten, die in CINAHL zu finden sein werden, gehören sicher die beiden Originalartikel in diesem Heft. Ramona Koch et al. haben Interviews von sechs Hebammen und fünf Ärztinnen analysiert, die Frauen gemeinsam in der Schwangerenvorsorge betreuen: "Best Practice in der inter-

professionellen Schwangerenvorsorge". Der zweite Originalartikel von Anja Schulz et al. beschäftigt sich mit "Arbeitsanforderungen und Arbeitsressourcen von Hebammen". Eine qualitative Analyse theoriegeleiteter Interviews. Es sollen aber auch weitere Texte bei CINAHL indiziert werden.

Hervorheben möchte ich stellvertretend für die weiteren Texte den Artikel der beiden Leitlinien-Koordinator*innen Professorin Rainild Schäfers und Professor Michael Abou-Dakn zur S3 Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“. Federführend von den Fachgesellschaften für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und der Hebammenwissenschaft (DGHWi) sind evidenzbasierte Handlungsempfehlungen für den gesamten Geburtsverlauf konsentiert für ein interdisziplinär frauenzentriertes Betreuungskonzept. Lediglich eine Auswahl von 26 der 208 Leitlinien-Empfehlungen ist in diesem Heft abgedruckt. Die vollständigen Dokumente von Langfassung, Kurzfassung und Leitlinienreport finden Sie auf unserer Website und der der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

In der Rubrik „Forschung und Lehre“ finden Sie weiterhin Texte zur Schwangerenberatung und zum Anpassungslehrgang an der Evangelischen Hochschule in Berlin.

Ich wünsche Ihnen insgesamt eine informative und anregende Lektüre!

Ihre Elke Mattern M.Sc.

Vorsitzende der DGHWi

Bericht zur 15. Mitgliederversammlung der DGHWi

Am 19. Februar 2021 hat die 15. Mitgliederversammlung (MV) der DGHWi von 11:00 bis 15:00 Uhr stattgefunden. In diesem Jahr haben die Mitglieder angesichts der Covid-19-Pandemie das erste Mal online getagt. Mit der Teilnahme von bis zu 171 Teilnehmenden war die digitale MV ein großer Erfolg. Die vorbereitenden Dokumente für die MV konnten von allen Mitgliedern im internen Bereich auf der Website bereits im Vorhinein eingesehen werden. Im Anschluss an die Tagesordnung wurden fünf Workshops zu aktuellen Themen angeboten.

TOP 1 Begrüßung und Formalia

Die Vorsitzende und Versammlungsleiterin Elke Mattern M.Sc. hat die Mitglieder im Namen des Vorstands herzlich begrüßt. Alle Vorstandsmitglieder wurden in ihren Ämtern und den aktuellen Tätigkeiten vorgestellt. Mirjam Peters M.Sc. unterstützt den Vorstand gemäß der Satzung seit Januar 2021 als Beihilfe. Elke Mattern erläuterte zu Beginn das Handling für mündliche und schriftliche Beiträge während der Versammlung mit dem Konferenztool Zoom. Insgesamt waren 161 Stimmberechtigte und neun Vertreter*innen von Fördermitgliedern sowie ein Gast anwesend. Elke Mattern stellte die Beschlussfähigkeit der Mitgliederversammlung fest, da die Einladung fristgerecht versendet wurde. Alle Abstimmungen fanden mit dem digitalen Abstimmungstool von Zoom statt. Das Protokoll der 14. MV vom 13. Februar 2020 in Bochum und die vorläufige Tagesordnung wurden einstimmig verabschiedet und die vorläufige Tagesordnung der 15. MV einstimmig angenommen. Die Protokolle der Vorstandssitzungen waren nach Rücksprache bei Caroline Agricola B.Sc. einsehbar.

TOP 2 Aktuelle Entwicklungen und Pläne der DGHWi

Die wichtigsten Entwicklungen wurden den Mitgliedern bereits im Newsletter im Januar 2021 zur Verfügung gestellt. Elke Mattern präsentierte zu Beginn alle aktiven Sektionen und Arbeitsgruppen der DGHWi. Der Vorstand der DGHWi plant einen Strategieprozess für die weitere Ausrichtung der DGHWi, der im Mai 2021 in Präsenz stattfinden soll. Das wäre das erste persönliche Treffen des Vorstands, der bisher ausschließlich digital getagt hat. Caroline Agricola berichtete über das Feedback zur neuen Website und die zunehmende Anzahl an Follower*innen bei Instagram, Facebook und Twitter. Die DGHWi hat im vergangenen Jahr X Anfragen für Stellungnahmen erhalten und 15 Stellungnahmen zu hebammenrelevanten Themen angenommen, erarbeitet und veröffentlicht. Darüber hinaus sind im Jahr 2020 zwölf primärqualifizierende Standorte für Hebammenstudiengänge in Deutschland entstanden. Die Redaktion der ZHWi verfolgt das Ziel, in den Datenbanken Pubmed und EBSCO-CINAHL (vgl. Bekanntmachungen aus der Redaktion in diesem Heft) gelistet zu werden. Des Weiteren berichtete Professorin Dorothea Tegethoff, dass das Layout der ZHWi im Jahr 2023 überarbeitet werden soll.

Im Jahr 2020 war die DGHWi an drei S3- und zwei S2K-Leitlinien beteiligt. Die federführende Erstellung der S3 Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ zusammen mit der DGGG ist ein geburtshilflicher Meilenstein für die gemeinsame Perspektive der Berufsgruppen auf die vaginale Geburt. Die DGHWi dankte Professorin Rainhild Schäfers für ihre großartige Arbeit bei der Erstellung der Leitlinie. Elke Mattern sprach auch allen anderen ehrenamtlich Engagierten einen herzlichen Dank für die Arbeit in der DGHWi aus.

TOP 3 Bericht der Schatzmeisterin

Kerstin Böhm, M.A. stellte den Kassenbericht für das Jahr 2020 sowie die aktuellen Mitgliederzahlen der DGHWi vor. Zum Jahresende 2020 beliefen sich die Mitgliederzahlen auf 460 und zum Zeitpunkt der MV erstmalig auf über 500 Mitglieder. Die positive Entwicklung wird vom Vorstand und den Anwesenden sehr begrüßt. Kirsten Asmushen bestätigte als Kassenprüferin die ordentliche Führung der Kasse. Es gab keine Beanstandungen. Der Vorstand wurde nach Abstimmung entlastet.

TOP 4 Wahl der Kassenprüfer*in

Das Amt der Kassenprüfer*in der DGHWi steht alle zwei Jahre zur Wahl. Kirsten Asmushen stellte sich für zwei weitere Jahre zur Wahl und wurde erneut gewählt.

TOP 5 Abstimmungsthemen

Es lag das Abstimmungsthema „Solidarisches Beitragssystem“ vor. Kerstin Böhm erläuterte die Struktur des vor zwei Jahren verabschiedeten solidarischen Beitragssystems. Seit der Implementierung ist der administrative Aufwand für die Kassenprüferin reduziert, die Fluktuation gering und die Anzahl der ermäßigten Mitglieder sogar rückläufig. Die Anwesenden stimmten mehrheitlich für das Beibehalten des solidarischen Beitragsmodells für weitere zwei Jahre.

TOP 6 Anträge

Für die MV lagen zwei fristgerecht eingereichte Anträge zur Diskussion vor. Dorothea Tegethoff trug stellvertretend für die Arbeitsgruppe „Respektvolle Geburtshilfe“ den Antrag zur Sektionsgründung „Respektvolle Geburtshilfe“ vor. Die Arbeitsgruppe wurde im Jahr 2019 gegründet und besteht aktuell aus zehn Mitgliedern. Sprecherinnen sind Professorinnen Julia Leinweber und Dorothea Tegethoff. Der Antrag wurde einstimmig angenommen.

Dr.in Annekatrin Skeide erläuterte den Antrag der Sektion „Hochschulbildung“. Die Sektion beantragt eine Erhöhung des jährlichen Budgets von 1.000€ auf 3.000€, um ein Sektionstreffen der 27 Sektionsmitglieder zu finanzieren. Auch dieser Antrag wurde mehrheitlich angenommen.



TOP 7 Vergabe der Mittel/Haushalt 2021

Kerstin Böhm stellte den Mitgliedern den Haushalt für das Jahr 2021 vor. Sie gab den generellen Hinweis, dass alle Rechnungen für Leistungen, die für die DGHWi erbracht werden (Honorare für Stellungnahmen, Übersetzungen usw.), ab sofort innerhalb von sechs Monaten nach Erbringung eingereicht werden müssen. Der Haushalt für 2021 wurde mit diesen Änderungen im Anschluss mehrheitlich verabschiedet.

TOP 8 Übergabe der Zertifikate an Bonus-Mitglieder

Elke Mattern verlieh den fünf anwesenden besten Absolvent*innen von vier Hochschulen in Deutschland ein virtuelles „Bonusmitgliedschafts-Zertifikat“. Die Bonusmitglieder erhalten ab dem Examen und für das komplette Folgejahr eine freie Mitgliedschaft in der DGHWi.

TOP 9 Ausblick: 6. Internationale Konferenz der DGHWi 2022

Dr.in Astrid Krahel gab einen Ausblick auf die 6. Internationale Konferenz der DGHWi in Winterthur an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW). Den Mitgliedern wurden zwei mögliche Mottos zur Diskussion gestellt: „Midwives and women as competent partners“ und „Equity and equality in childbirth“. Die Vorbereitungen der Konferenz laufen aktuell auf Hochtouren; der Vorstand kann dabei noch sehr gut Unterstützung gebrauchen. Wenn Sie Interesse haben, wenden Sie sich gerne an Heike Saalman (geschaeftsstelle@dghwi.de)!

TOP 10 Vorstellung der inhaltlichen Arbeit von Sektionen und AGs

Kristina Luksch M.Sc. stellte die Sektion „Junges Forum Hebammenwissenschaft“ vor, die sich bei der 14. Mitgliederversammlung gegründet hat und mittlerweile aus elf Mitgliedern besteht. Die Sektion verfolgt das Ziel Nachwuchs-Hebammenwissenschaftler*innen zu fördern, ihre Partizipation zu steigern und eine Plattform für den gemeinsamen Austausch zu schaffen. Als erste öffentliche Aktivität der Sektion wurde die digitale Workshop-Reihe „Wissen ab Acht“ vorgestellt.

TOP 11 Verschiedenes

Die Themen Förderungen für Promovierende, Mandate für den Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF) und die Einstellung der DGHWi zu den Corona-Maßnahmen wurden im Anschluss diskutiert. Die DGHWi erachtete die Förderung von Promovierenden für sehr wichtig und wird das Thema zeitnah bearbeiten.

Nach einer zwanzigminütigen Pause wurden Workshops zu folgenden Themen angeboten:

- ♦ Gruppe 1: Veröffentlichungen der DGHWi – wie kann ich mitwirken. (Moderation: Professorin Dorothea Tegethoff)
- ♦ Gruppe 2: Leitlinien – eigene Leitlinie der DGHWi (Moderation: Professorin Rainhild Schäfers)
- ♦ Gruppe 3: Presse – wie erreichen wir Institutionen und Hebammen (Moderation: Dr.in Sabine Striebig und Caroline Agricola B.Sc.)
- ♦ Gruppe 4: Die DGHWi im Strategieprozess (Moderation: Kerstin Böhm M.A. und Elke Mattern M.Sc.)
- ♦ Gruppe 5: Akademisierung – wie geht es weiter (Moderation: Professorin Barbara Baumgärtner und Dr.in Astrid Krahel)

Im anschließenden Plenum wurden die Ergebnisse kurz präsentiert:

Gruppe 1: Im Workshop wurden die verschiedenen Formen der Veröffentlichungen in der DGHWi vorgestellt und Mitglieder aufgefordert,

sich in den verschiedenen Formen der Veröffentlichungen einzubringen. Die Themen Schreibgruppen wie auch weiterführende Unterstützungsangebote für Studierende, z.B. zum Kürzen der Bachelor- und Masterarbeiten bzw. diese publikationsgerecht zu gestalten, wurden besprochen.

Gruppe 2: Die Entwicklung zum Schwerpunkt Schwangerenvorsorge solle aus berufspolitischen Gründen aus Sicht der Workshop-Gruppe vorerst vertagt werden. Es wurde eine Ideensammlung für eine weitere Leitlinie der DGHWi erstellt. Die Themen „Wochenbett“ und das Thema „Patient reported outcome measures (PROM), Women reported outcomes (WROM)“ wurden für sehr relevant gewichtet. Für letzteres Thema wurde die Leitlinien-Form S2e vorgeschlagen.

Gruppe 3: Zu Beginn wurde ein inhaltlicher Input gegeben, der IST-Zustand vorgestellt und anschließend anhand der Satzung und des Leitbilds interaktiv an einem Mural-Board Zielgruppen für die Öffentlichkeitsarbeit definiert. Darüber hinaus wurden die verschiedenen Zielgruppen gewichtet und Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Öffentlichkeitsarbeit entwickelt.

Gruppe 4: Themen wie die Einflussnahme auf politische Prozesse, das Schnittstellenmanagement und die Arbeit mit anderen Verbänden wurden diskutiert. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass die Perspektive der Hebammen sichtbar gestaltet und die Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen fokussiert werden sollte. Ergänzend wurde auch das Thema Hebammenkammer kurz diskutiert.

Gruppe 5: Die Gruppe hat sich zur Besetzung der ausgeschriebenen Professuren wie auch die Berechnung des Curricularen Normwertes ausgetauscht. Darüber hinaus wurden die unterschiedlich hohen Lehrdeputate an Fachhochschulen und Universitäten und die Option von Schwerpunktprofessuren debattiert. Auch das sogenannte Jobsharing, das Teilen von einer Professur, wurde im Workshop besprochen. In der Workshop-Gruppe besteht der Wunsch, die Vernetzung der verschiedenen Studiengangstandorte, vor allem in der Phase des Ausbaus, zu stärken. Verschiedene Austauschformate wurden erörtert. Seitens der Promovierenden wurde der Wunsch geäußert, in Form von Mentorings von Professor*innen begleitet zu werden.

Zum Abschluss und zur Evaluation der MV wurden eine Abstimmung für zukünftige Mitgliederversammlungsformate durchgeführt. Die Mitglieder sprachen sich mehrheitlich für den jährlichen Wechsel von digitalen und hybriden MVs zeitgleich mit der Internationalen Konferenz der DGHWi aus.

Der Vorstand bedankt sich für die zahlreiche Teilnahme und konstruktive Zusammenarbeit bei der MV!

Caroline Agricola B.Sc.

Schriftführerin

Förderbekanntmachung des Innovationsausschusses zur Erforschung neuer Versorgungsformen

Durch das „Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation“ (Digitale-Versorgung-Gesetz - DVG) von 2019 wurden auch die Paragraphen 92a und 92b des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) aktualisiert, die die Themenfindung und Vergabe der Gelder aus dem Innovationsfond betreffen. Der Innovationsausschuss, dem unterschiedliche Institutionen auf Bundesebene angehören, ist beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) angesiedelt und präsentiert alle Informationen auf deren Website.

Der Innovationsfond hatte 2016 bis 2019 ein Fördervolumen von 300 Millionen Euro pro Jahr, in den Jahren 2020 bis 2024 sind jeweils 200 Millionen Euro vorgesehen. Davon fließen 25% in Versorgungsforschung und die Erstellung oder Aktualisierung von Leitlinien (mindestens 5 Millionen Euro) und 75% in die Erforschung neuer Versorgungsformen. Bei neuen Versorgungsformen sollen insbesondere Projekte mit Umsetzungspotenzial auf geltender Rechtsgrundlage gefördert werden. Förderfähig sind die sektorenübergreifende Versorgung und eine dauerhafte Weiterentwicklung der selektivvertraglichen Versorgung. Bei jedem Projekt müssen eine wissenschaftliche Begleitung und Evaluation mit geplant werden.

Erstmals im Januar 2021 hat auch die DGHWi an dem Konsultationsverfahren (§ 92b SGB V) zur Einreichung von Vorschlägen für Förderthemen teilgenommen. Daran sollen Verbände ärztlicher und nichtärztlicher Leistungserbringer, der Krankenhäuser und der Krankenkassen, Wissenschaftsverbände, universitäre und nicht universitäre Forschungseinrichtungen sowie Patient*innenorganisationen beteiligt werden. Für die geburtshilfliche Versorgung hat die DGHWi Betreu-

ungskontinuität an den Schnittstellen ambulant/stationär sowie in der interprofessionellen Zusammenarbeit und interdisziplinären Betreuung formuliert. Ein zielführendes Schnittstellenmanagement in unserem fragmentierten Gesundheitsversorgungssystem gilt als Voraussetzung und minimiert Aspekte der Unter-, Fehl- und Überversorgung.

Mitte März wurden eine themenoffene und eine themenspezifische Förderbekanntmachung zu neuen Versorgungsformen veröffentlicht. Dabei auch das Förderthema „Ein guter Start ins Leben durch eine vernetzte Versorgung“. Bis spätestens 1. Juni 2021 konnten Ideen-skizzen eingereicht werden. Das zweistufige Förderverfahren sieht vor, dass der Innovationsausschuss zunächst Skizzen auswählt, die mit max. 75.000 € in der Konzeptentwicklung und Ausarbeitung eines Vollantrags gefördert werden. Anträge werden über das Internetportal des mit der Abwicklung der Fördermaßnahmen beauftragten Projektträgers, das Deutsche Zentrum für Luft- und Raumfahrt e. V. (DLR), eingereicht. In dem zweiten Verfahren werden die eingereichten Vollerträge geprüft. Nach Umsetzung und Abschluss eines Förderprojektes ist eine Empfehlung zur Überführung in die Regelversorgung möglich.

Gern unterstützt der Vorstand dabei, einen Themenbereich für Ihren Forschungsschwerpunkt vorzuschlagen. Die Bekanntmachung zur Beteiligung am Konsultationsverfahren wird auf dieser Website des G-BA veröffentlicht: <https://innovationsfonds.g-ba.de/foerderbekanntmachungen/konsultationsverfahren/>

Elke Mattem M.Sc.

Vorsitzende

Sektionen/Mandate

Neugründung der Sektion „Respektvolle Geburtshilfe“ in der DGHWi

Empirische Studien dokumentieren Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe als globales Phänomen. Auch konnte schon belegt werden, dass Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe das Wohlbefinden von Frauen und ihren Familien langfristig über den Zeitraum der Geburt hinaus beeinträchtigen kann.

Dies macht die respektvolle Geburtshilfe zu einem zentralen Thema für die Hebammenarbeit. Wir schätzen es als äußerst wichtig ein, dass Hebammenwissenschaftlerinnen zu diesem Thema forschen. Ebenso möchten wir, dass die DGHWi sich am Diskurs darüber, wie respektvolle Geburtshilfe gefördert und Gewalt in der Geburtshilfe vermieden werden kann, beteiligt.

Um diese Beteiligung zu realisieren hat bereits die AG Respektvolle Geburtshilfe, die seit August 2019 in der DGHWi aktiv ist, im Juli 2020

ein [Positionspapier zu Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe](#) veröffentlicht und im Dezember 2020 ein Standpunktpapier zum Thema [„Sichere und respektvolle geburtshilfliche Versorgung während der COVID-19 Pandemie“](#).

Um dem Thema respektvolle Geburtshilfe systematisch wissenschaftliche Aufmerksamkeit schenken zu können, wurde im Februar dieses Jahres die Arbeit der AG in die neugegründete Sektion Respektvolle Geburtshilfe der DGHWi überführt.

Die Sektion hat sich am 25.03.2021 zum ersten Mal beraten, um über zukünftige Aktivitäten im Feld Respektvolle Geburtshilfe zu planen.

Prof. Dr. Julia Leinweber, Prof. Dr. Dorothea Tegethoff

Ansprechpartnerinnen

Die Sektion Junges Forum Hebammenwissenschaft berichtet: Überwältigende Resonanz auf Workshop-Reihe „Wissen ab Acht“

Die Sektion Junges Forum Hebammenwissenschaft wurde 2020 mit dem Ziel gegründet, die Partizipation werdender Hebammen und junger Hebammenwissenschaftler*innen innerhalb der DGHWi zu fördern und ihre wissenschaftliche Laufbahn zu unterstützen. Durch die Förderung einer Vernetzung von Nachwuchswissenschaftler*innen und wissenschaftlich interessierten Personen im Bereich der Hebammenwissenschaft soll eine Plattform zur gegenseitigen Unterstützung werdender Hebammen, examinierter Hebammen sowie junger Hebammenwissenschaftler*innen bei der Planung, Organisation und Durchführung von Weiterqualifizierungen (nachqualifizierender Bachelor, Master, Promotion) aufgebaut werden.

Nachdem die Sektion Junges Forum Hebammenwissenschaft sich im Jahr 2020 primär mit ihrer Zielsetzung und der Ideensammlung für Aktivitäten befasste, freuen wir uns von der Umsetzung erster erfolgreichen Vorhaben in der ersten Jahreshälfte 2021 zu berichten. Am 25. Februar 2021 begann die für DGHWi-Mitglieder kostenlose digital durchgeführte fünfwöchige Workshop-Reihe „Wissen ab Acht“, zu der sich insgesamt knapp 180 Teilnehmende angemeldet hatten und die mit jeweils etwa 50 bis 100 Personen pro Termin sehr gut besucht war. Zum Einstieg in die Reihe berichteten drei angehende Hebammenwissenschaftlerinnen unter der Überschrift „Role Models: Erfahrungen von anderen lernen“ von ihren bisherigen Erfahrungen im Rahmen ihrer wissenschaftlichen Laufbahnen und stellten sich den Fragen der Teilnehmenden. An den folgenden Terminen wurden nach Impulsvorträgen von und unter Leitung der Sektionsmitglieder die wissenschaftliche Literatursuche und die Bewertung von quantitativen sowie qualitativen Studien als Grundlagen wissenschaftlichen Arbeitens besprochen und diskutiert.

Die Anzahl der Teilnehmenden und das positive Feedback waren überwältigend und zeigen das große Interesse und den Bedarf an solchen Formaten. Sehr deutlich wurde, dass das Veranstaltungsformat insbesondere hinsichtlich der zeitlichen Struktur, des Online-Formats und insbesondere mit weiteren Themen fortgesetzt werden sollte, um dem

Wunsch nach fachwissenschaftlichen Auseinandersetzungen z.B. im Rahmen von fachspezifischen Einführungen in Grundlagen wissenschaftlichen Arbeitens, nachzukommen. Bemerkenswert war die Heterogenität der Teilnehmenden, die sich u.a. aus werdenden und examinierter Hebammen, Bachelor- oder Master-Studierenden, Ärzte*Ärztinnen und Wissenschaftler*innen zusammensetzten. Der intra- und interdisziplinäre Austausch über die heterogenen Wissensstände und Qualifikationen der Teilnehmenden hinweg war sowohl sehr erfreulich als auch herausfordernd für eine zielgerichtete Umsetzung dieses Workshopformats. Die zahlreichen Themenvorschläge für eine weitere Workshopreihe oder vergleichbare Veranstaltungsformate wurden gesammelt und sollen daher zur Planung weiterer Angebote, die die Sektion dann zielgruppenspezifischer ausrichten möchte, führen.

Im Anschluss an die Workshopreihe wurde in einem offenen Sektions-treffen Raum für Austausch und Vernetzung gegeben. Hieran schließen nun über die Sommermonate Sektions- bzw. DGHWi-interne Veranstaltungen an, um Aktivitäten zu entwickeln und zu testen. Eine weitere, offene Workshopreihe oder ein vergleichbares Veranstaltungsformat ist ab Herbst 2021 geplant.

Insgesamt konnte die Sektion aus den Erfahrungen und Rückmeldungen über die Termine hinweg viele Erkenntnisse für zukünftige Angebote sammeln. Wir bedanken uns für die große Teilnahme und auch für die eingegangenen Beiträge der Nicht-DGHWi-Mitglieder auf freiwilliger Spendenbasis.

Die Sektion freut sich weiterhin über neue Mitglieder sowie Ideen und Konzepte für zukünftige Vorhaben.

Die Sektion Junges Forum Hebammenwissenschaft

Kontakt: junges-forum@dghwi.de

Einrichtung der AG „Fallkonferenz“ in der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG) e.V.

Seit dem Jahr 2010 ist die DGHWi im Fachbeirat der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG) e.V. vertreten. Der Fachbeirat wird im Zuge der QUAG Mitgliederversammlungen einmal jährlich geladen. Anlässlich dieser Treffen diskutieren die Mitglieder von QUAG und der Fachbeirat gemeinsam die Qualität sowie die Ergebnisse der außerklinischen Perinatalerfassung. Dabei erhalten die Daten der peripatal verstorbenen Kindern ein besonderes Augenmerk, jedoch ausschließlich auf der Berichtsebene. Auf der Mitgliederversammlung im Jahr 2019 wurde thematisiert, dass die Darstellung und Diskussion

der Fälle auf Berichtsebene für einen Wissenserwerb und einer daraus resultierenden Qualitätsverbesserung nicht ausreichend erscheinen. Im Anschluss der Sitzung gründete sich deshalb die AG „Fallkonferenz“ mit dem Ziel, geplant außerklinisch betreute Geburten, bei denen ein Kind im Zeitrahmen der perinatalen Mortalität verstorben ist („sentinel event“), dezidiert zu betrachten und Fälle herausarbeitet, die den QUAG- und Beiratsmitgliedern einmal jährlich vorgestellt werden. Im Jahr 2020 wurde die AG „Fallkonferenz“ durch die Mitglieder von QUAG bestätigt. Die Tabelle 1 listet die Mitglieder der AG „Fallkonferenz“ auf.

Sektionen/Mandate

Tabelle 1: Mitglieder der Fallkonferenz (Stand Oktober 2020)

Hebamme Gabriele Langer-Grandt	QUAG e.V., Hausgeburtshebamme und Landeskoordinatorin (LK), Leitung der Arbeitsgruppe Fallkonferenz
Hebamme Janne Dülken	QUAG e.V., Landeskoordinatorin und Peers
Hebamme Maria Stosiek	QUAG e.V., Hausgeburtshebamme
Hebamme Anke Wiemer	QUAG e.V., Geschäftsführung und Betreuung der Daten-Auswertung der akl. Perinatalerfassung
Prof. Dr. rer. medic. Rainhild Schäfers	Hochschule für Gesundheit Bochum und QUAG-Beiratsmitglied im Auftrag der DGHWi
Dr. med. Björn Misselwitz MPH	Geschäftsstelle QS Hessen (GQH) und QUAG-Beiratsmitglied
Dr. med. Susanne Bauer M.San.	MDS und QUAG-Beiratsmitglied im Auftrag des GKV-SV
Dr. med. Susanne Bässler-Weber	Niedergelassene Frauenärztin in eigener Praxis und QUAG-Beiratsmitglied im Auftrag des AKF
PD Dr. med. Dirk M. Olbertz	Neonatologe und CA der Klinik für Neonatologie „Klinikum Südstadt Rostock“ und QUAG-Beiratsmitglied im Auftrag der GNPI

Erste Schritte der AG „Fallkonferenz“ waren die Erstellung einer Geschäftsordnung und in diesem Zusammenhang auch die Formulierung eines Leitgedankens. Der Satz *Um eine hochwertige Geburtshilfe zu etablieren und zu erhalten, brauchen wir eine Fehlerkultur, welche die Komplexität von Geschehnissen anerkennt und berücksichtigt – weg von Schuldzuweisung und hin zum gemeinsamen Lernen für die Zukunft* ist einer der zentralsten Sätze dieses Leitgedankens. Die Anerkennung und Berücksichtigung der Komplexität von Geschehnissen implizieren das Bewusstsein, dass neben unsicheren Handlungen, Fehlern und Verstößen fehlerbegünstigende Faktoren eine große Rolle bei einem unerwünschten Ereignis – in diesem Fall in der außer-klinischen Geburtshilfe – spielen. Um dem komplexen Geschehen

gerecht zu werden, arbeitet die AG „Fallkonferenz“ nach der Struktur des London Protokolls. Diese dezidierte Aufarbeitung bietet die Möglichkeit des Wissenserwerbs für alle Hebammen und damit der Verbesserung der Versorgungsqualität. Zum anderen wird dadurch betroffenen Hebammen die Chance gegeben, Entlastung zu erfahren.

Weitere Informationen zur Arbeit der Fallkonferenz finden sie unter <https://www.quag.de/quag/fallkonferenz.htm>

Prof. Dr. Rainhild Schäfers

Hebammenrelevante Entwicklungen zur elektronischen Patientenakte – ein Bericht der AG „Digitalisierung“

Durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sind die gesetzlichen Krankenversicherungen verpflichtet, den Versicherten seit Januar 2021 eine elektronische Patientenakte (ePA) zur Verfügung zu stellen [1]. Die Leistungserbringer müssen für die Nutzung an die Telematikinfrastruktur (TI), die als sektorenübergreifende Kommunikationsstruktur aufgebaut ist, angeschlossen sein. Für Leistungserbringer wie Krankenhäuser, Apotheker*innen, niedergelassene Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen ist die Anbindung an die TI verpflichtend, für Hebammen, Pflegefachkräfte und Physiotherapeut*innen ab dem 1.7.2021 freiwillig möglich. Mit der Anbindung an die TI wird ein Ende-zu-Ende-verschlüsselter Datenaustausch zur ePA der betreuten Frau gewährleistet, der von freiberuflich tätigen Hebammen einzeln, aber auch Gemeinschaftspraxen und Geburtshäusern genutzt werden kann. Gesundheitsdaten sind sensible personenbezogene Daten, bei deren Nutzung Datenschutz und Datensicherheit über die TI gewährleistet sein müssen. Die *gematik* GmbH übernimmt die Einführung, Instandhaltung und Weiterentwicklung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und stellt die Telematikanwendung zur Verfügung. In dem Fachportal der *gematik* wird ein Benutzer-Manual für eine erfolgreiche An-

bindung zur Verfügung gestellt. Grundvoraussetzung für die stationäre TI-Anbindung stellt der Konnektor, ein VPN Zugang, das Primärsystem, der elektronische Heilberufsausweis (eHBA), die Institutionskarte und der Kartenterminal dar [2]. Der Konnektor ist eine stationäre Hardwarekomponente, die eine sichere Verbindung zur TI vom Leistungserbringer ermöglicht. Das Primärsystem bezeichnet das System zur eigenen Dokumentation (Leistungserbringer), das auf einem mobilen Endgerät installiert ist. Hebammen benötigen zudem einen elektronischen Heilberufsausweis und eine Institutionskarte, die Security Module Card Typ B-Karte (SMC-B), mit der sie sich für den Zugriff authentifizieren und rechtsverbindlich elektronisch signieren können. Der Kartenterminal wird zum Einlesen der eGK benötigt, um den Zugang zum elektronischen Medikationsplan (eMP) und Patienten- und Notfallstammdaten (NFDM) zu ermöglichen. Für die mobile TI-Anbindung von Hebammen, die ambulanten Tätigkeiten nachgehen, werden noch geeignete Lösungsstrategien von der *gematik* benötigt. In einem Gespräch mit der *gematik* konnte die DGHWi den Alltag der Hebammenarbeit und mögliche Problemstellungen, wie zum Beispiel die medizinische Versorgung im Rahmen von Hausbesuchen ohne Internetzugang, darstellen.

Zum Jahr 2022 wird der bisher analoge Mutterpass als elektronischer Mutterpass in einem Modul in die ePA integriert. Die Inhalte vom elektronischen und analogen Mutterpass sind identisch. Der DHV und die DGHWi haben sich im Rahmen der Entwicklung des elektronischen Mutterpasses, der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) verantwortet wird, für eine inhaltliche Überarbeitung des Mutterpasses ausgesprochen. Die Überarbeitung wurde abgelehnt, da die Zuständigkeit dafür beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) liegt. Dazu gehört auch der Verzicht auf mehr Transparenz und Verständlichkeit des Mutterpasses für die betreuten Schwangeren. Mit der Implementierung des elektronischen Mutterpasses können Hebammen Befunde und Berichte aus dem eigenen Primärsystem für die Dokumentation in das Mutterpass-Modul hochladen. Darüber hinaus können Befunde von weiteren betreuenden Berufsgruppen aus der Vorgeschichte und Schwangerschaft heruntergeladen und in das eigene Primärsystem integriert werden. Mit der Nutzung des elektronischen Mutterpasses können zeitliche Ressourcen eingespart werden, da doppelte Dokumentationen im analogen Mutterpass und in den eigenen Unterlagen nicht mehr notwendig sind. Im elektronischen Mutterpass wird automatisch ein Plausibilitätscheck der Dokumentation durchgeführt. Mit der anschließenden digitalen Darstellung der dokumentierten Inhalte wird auch die Fehlerquelle „Handschrift“ umgangen. Der Zugriff auf den elektronischen Mutterpass ist für die betreuenden Leistungserbringer und die Frau zeit- und ortsunabhängig möglich.

Den Frauen wird von ihrer Krankenkasse eine ePA-App zur Verfügung gestellt, in der die Dokumente eingesehen, bearbeitet und gelöscht werden können. Die Zugriffsrechte für Leistungserbringer werden ausschließlich von den Frauen vergeben. Die Versicherten besitzen die Datenhoheit und können für jedes Dokument individuell entscheiden, welches Dokument hochgeladen wird und welche Leistungserbringer über welchen Zeitraum Zugriffsrechte erhalten. Grundsätzlich kann die ePA aus dem Grund für Leistungserbringer medizinisch unvollständig sein. Dennoch bietet die ePA das Potenzial, dass die Frau als Expertin für ihre individuelle Gesundheit gestärkt wird, alle ihre Dokumente zu Befunden, Impfungen, rezeptpflichtigen Medikamenten, zentral gespeichert sind und diese jeder Zeit darauf Zugriff hat. Somit kann diese auf Reisen, Umzug oder beim Wechsel des medizinischen Fachpersonals unkompliziert ihre Daten weitergeben. Ein Zugriff auf dezentral (in Arztpraxen; Krankenhäuser) gespeicherte Daten entfällt. Darüber hinaus kann durch die ePA das Empowerment der Frau unterstützt werden, da die Einsicht in eigene Gesundheitsdaten die Voraussetzung sein kann zur Teilhabe an Entscheidungsprozessen. Dadurch dass die Datenhoheit bei der Frau liegt, kann die Selbstbestimmung unterstützt werden.

Die Module Impfausweis, Kinderuntersuchungsheft und Zahnbonusheft werden zum gleichen Zeitpunkt wie der elektronische Mutterpass in die

ePA integriert. Hebammen haben für den Impfausweis zukünftig Leserechte und für das Kinderuntersuchungsheft Zugriffsrechte für das Anlegen, Lesen, Bearbeiten sowie Löschen der Datensätze der Kinder (PDSG §352 Nr. 13) [3]. Aktuell wird der Berufsgruppe Hebammen kein Recht für die Verarbeitung von elektronischen Notfalldaten in der ePA zugesprochen (PDSG § 359) [3]. In den Notfalldaten werden Allergien, Implantate und bekannte Schwangerschaften der Versicherten dokumentiert. Die DGHWi und der DHV setzen sich aktiv für das Zugriffsrecht von Hebammen ein, damit Frauen in der ausschließlich hebammengeleiteten Versorgung, nicht benachteiligt werden.

Seit der Covid-19-Pandemie können Hebammen, zur Aufrechterhaltung der Versorgung, zahlreiche Leistungen kontaktlos via Telemedizin anbieten und abrechnen [4]. Laut des Referentenentwurfs zum Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG) sollen Hebammen auch zukünftig telemedizinische Behandlungen unabhängig von der Covid-19 Pandemie anbieten können [5]. Die Entscheidung wird sehr befürwortet, da somit die Versorgung von mobilitätseingeschränkte und in schwer zu versorgenden Regionen lebende Frauen ressourcensparend unterstützt wird. Darüber hinaus ist im DVPMG festgehalten, dass Hebammen zukünftig Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) einsetzen können [5]. DiGAs sind Apps oder webbasierte Anwendungen, die für die Sekundär- und Tertiärprävention vorgesehen sind und nach Verschreibung von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden. Frauen können in der DiGA eigenständig erhobene Parameter dokumentieren, in die ePA integrieren und den betreuenden Berufsgruppen zur Besprechung den Zugriff auf eingebene Daten gestatten.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die Entwicklungen die sektorenübergreifende Transparenz steigern und die Patientensouveränität mit dem Zugriff auf alle Befunde und der Datenhoheit stärken. Mit der Freiwilligkeit der Anbindung von Hebammen besteht allerdings die Gefahr, dass es zu einer Konkurrenz zwischen Hebammen und Ärzt*innen kommt. In der Übergangsphase kann die Patientensicherheit eingeschränkt sein, wenn parallel im analogen und elektronischen Mutterpass dokumentiert wird. Wird die ePA implementiert, werden auch Hebammen sich langfristig an diese anschließen müssen, um ihre Arbeit durchführen zu können. Die derzeitige Freiwilligkeit für den Anschluss hat daher nur bedingt Vorteile. Ist der Anschluss nicht freiwillig besteht beispielsweise eine andere Verhandlungsposition im Hinblick auf eine Vergütung für den Anschluss und die damit notwendigen Maßnahmen. Die AG Digitalisierung spricht sich daher für eine verbindliche Anbindung für Hebammen an die TI aus.

Caroline Agricola B.Sc., Elke Mattern M.Sc., Kristina Luksch M.Sc., Mirjam Peters M.Sc., Ursula Jahn-Zöhrens

Literatur

1. Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz TSVG) vom 6. Mai 2019. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2019 Teil I Nr. 18, ausgegeben zu Bonn am 10. Mai 2019.
2. Schablow S. TI-Anbindung für Hebammen [Vortrag 09.01.2019]. Berlin. gematik GmbH.
3. Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz PDSG) vom 14. Oktober 2020. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2020 Teil I Nr. 46, ausgegeben zu Bonn am 19. Oktober 2020.
4. Befristete Vereinbarung über Leistungserbringung von freiberuflich tätigen Hebammen mit Kommunikationsmedien und Materialmehraufwand im Zusammenhang mit dem Coronavirus nach dem Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe gemäß § 134a SGB V vom 18.11.2020 (Corona-Vereinbarung zum Hebammenhilfe-Vertrag). 18.11.2020. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/20-11-18_Verlaengerung_Coronavereinbarung_Hebammen.pdf
5. Bundesministerium für Gesundheit. Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz – DVPMG). 17.03.2021. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/D/VPMG_Bundestag_1927652.pdf

Frauengesundheitspolitisches Engagement von Mitgliedern der DGHWi: Zur Tätigkeit der Mandatsträgerinnen im Arbeitskreis Frauengesundheit e.V. (AKF)

Die Mandatsträgerinnen Prof. Dr. Angelica Ensel, Anne Kasper M.Sc. Public Health, Dr. rer. medic. Christine Loytved und Dr. rer. medic. Sabine Striebig und vertreten die DGHWi im Arbeitskreis Frauengesundheit e.V. (AKF).

Wir beteiligen uns aktiv an der Erstellung von Positionspapieren oder Stellungnahmen, etwa am Aufruf „Nationaler Geburtshilfegipfel“. Intensiv haben wir an diesem aktuellen Strategiepapier des Runden Tisches Elternwerden beim AKF mitgearbeitet. Folgende Institutionen sind neben der DGHWi beim Runden Tisch vertreten: DHV, BFHD, DGGG, QUAG, Arbeitnehmerkammer Bremen, Deutscher Ärztinnenbund, Netzwerk Elterninitiativen und Mother Hood. Im Zusammenschluss mit weiteren Institutionen fordert der AKF einen Nationalen Geburtshilfegipfel mit dem Ziel, die Geburtshilfe in Deutschland neu zu denken. Gerade im Wahljahr 2021 sollten alle Möglichkeiten für einen Wandel hin zu einer angemessenen Kultur der Geburtshilfe ergriffen werden. Es ist abrufbar unter: <https://arbeitskreis-frauengesundheit.de/2021/02/18/strategiepapier-des-runden-tisches-elternwerden-beim-akf-e-v-zum-nationalen-geburtshilfegipfel>

Alle, die unterzeichnen möchten, können einfach eine E-Mail an buerger@akf-info.de senden.

Angelica Ensel und Sabine Striebig leiten seit letztem Jahr gemeinsam die Fachgruppe Hebammen, die 2016 gegründet wurde und aktuell aus 24 Mitgliedern besteht.

Seit August 2020 erarbeitet eine Vorbereitungsgruppe aus zehn Personen ein Fachforum für den Hebammenkongress im Mai 2021, das „Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe: Formen, Folgen und Vermeidung“ heißen wird. Die Veranstaltung ist als Kooperation aus AKF, DGHWi, DHV und Mother Hood im Programm angekündigt. Alle vier Organisationen sind aktiv an der Planung der Veranstaltung beteiligt. Im Fachforum wird zunächst Dr. Tina Jung die frauenrechtliche Perspektive auf das Thema Gewalt erläutern und daran anschließend exemplarisch Erfahrungen von Frauen darstellen. Vertreterinnen von Mother Hood werden die Perspektive der Frauen vertreten. Eine werdende Hebamme, die mit der Vorbereitungsgruppe Kontakt aufgenommen hat, wird mit einem Beitrag die Perspektive der Wehen einbringen. Die Teilnehmer*innen des Fachforums werden Gelegenheit erhalten, sich zu ihren Ansichten und Erfahrungen auszutauschen und Rückmeldungen zur weiteren Arbeit zur Prävention von Gewalt in der Geburtshilfe zu geben.

Dr. rer. medic. Christine Loytved, Dr. rer. medic. Sabine Striebig

Bericht über den Besuch der 22. Jahrestagung des EbM-Netzwerkes 2021

Wie es der Titel „Who cares? EbM und Transformation im Gesundheitswesen“ schon vermuten lässt, stand Corona nicht im Mittelpunkt der 22. Jahrestagung des EbM-Netzwerkes am 24. bis 26.2.2021. Gleichzeitig diktierte Corona natürlich auch hier das Format, so wurde auch dieser Kongress ONLINE veranstaltet.

Die Kongresspräsidentin Prof. Dr. Gabriele Meyer skizzierte im Grußwort die anstehenden Transformationsprozesse im Gesundheitswesen unter einem zentralen Motiv der Tagung „kind care“:

- ♦ gerechte und niedrigschwellige Zugänge vor allem im ländlichen Raum
- ♦ Veränderungen in der Verteilung von Kompetenzen zwischen den Gesundheitsberufen
- ♦ Umgang mit der Digitalisierung im Gesundheitssystem
- ♦ Pandemiereflexion: public-health Entscheidungen ohne Evidenz

Die reichhaltigen Beiträge können hier nur verkürzt dargestellt werden. Meine Auswahl von Veranstaltungen betraf einige Vorträge sowie die Sessions mit den wenigen geburtshilflichen Themen.

Eine Session befasste sich mit den *erweiterten Aufgaben* – „*skill mix change*“ in den Heilberufen durch Übernahme medizinischer und pharmazeutischer Aufgaben. Insgesamt führen die erweiterten Aufgaben zu mehr beruflicher Autonomie. Es erfordert eine Veränderung im Rollenverständnis und eine interprofessionelle Arbeitsgestaltung, die auch edukativ angebahnt werden müssen. Diskussionsbedarf ergibt sich insbesondere in Bezug auf das Qualifikationsniveau, welches zur Übernahme erweiterter Aufgaben befähigen soll.

Dagmar Hertle aus dem Institut für Gesundheitssystemforschung der Barmer Ersatzkasse identifizierte Ursachen des *Rückgangs der kooperativen Schwangerenvorsorge* von Hebammen und Ärzt*innen. Zur

Umsetzung der im nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ geforderten Verbesserung von Kooperation ist die korrekte Umsetzung des SGB V in die Mutterschaftsrichtlinien in Bezug auf den dortigen Delegationsvorbehalt notwendig, sowie eine Sicherheit für die Leistungsabrechnung beider Berufsgruppen.

Eine weitere Session befasste sich mit dem *Shared Decision Making (SDM)*, darunter auch zwei geburtshilfliche Beiträge. Dennis Fechtel-peter (IQWiG) stellte vor, wie unter Einbindung von Nutzer*innen und Experter*innen *Versicherteninformationen zum Non Invasiven Pränatal Test (NIPT)* entwickelt wurden und wie unterschiedliche Perspektiven zu einer Anpassung der Informationen beigetragen haben. Fülöp Scheibler (Universitätsklinikum Schleswig-Holstein) zeigte die Entwicklung einer *Landkarte des SDM für die Gynäkologie und Geburtshilfe* mit dem Ziel diese mit weiteren Informationen zu versehen und zugänglich zu machen, um SDM zu etablieren und Bereiche /Themen zu denen Informationen zum SDM fehlen zu identifizieren.

Abschließend sei noch hervorgehoben, dass Anneke Meyer für ihr Radiofeature „Zytomegalie in der Schwangerschaft – Ich hätte Ihnen das wirklich gern erspart“ mit dem *diesjährigen Journalist*innenpreis „Evidenzbasierte Medizin in den Medien“* ausgezeichnet wurde. Der Beitrag wurde am 13.04.20 im Deutschlandfunk ausgestrahlt.

In eigener Sache wünsche ich mir eine Mitstreiterin im Mandat bzw. auch gerne die Übernahme des Mandates. Fragen senden Sie bitte an KarinNiessen@gmx.de.

Dipl. Pflegepäd. Karin Nießen

Mandat im Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.

Sichere und respektvolle geburtshilfliche Versorgung während der COVID-19 Pandemie

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

20. Januar 2021

Präventive Maßnahmen im Kontext der COVID-19-Pandemie erfolgen in den geburtshilflichen Kliniken in Deutschland sehr unterschiedlich und nicht immer in Einklang mit den Empfehlungen der WHO [5] und der DGGG [2]. Während es vielen Kliniken gelingt, auch weiterhin eine frau/familienzentrierte Geburtshilfe anzubieten, berichten noch immer Frauen davon, dass ihre Möglichkeit, eine Begleitperson ihrer Wahl bei der Geburt an ihrer Seite zu haben, stark eingeschränkt ist und dass eine Begleitperson oft erst zum Ende der Geburt zugelassen wird [3].

In der Folge müssen manche Gebärende zum Teil längere Zeiten ohne emotionale Unterstützung durch eine ihnen vertraute Person im Kreißaal verbringen. Das Gefühl der fehlenden emotionalen Unterstützung bei der Geburt kann weitreichende Folgen für die körperliche und psychische Gesundheit von Mutter und Kind haben, wie etwa ein erhöhtes Risiko für Interventionen und eine negative Geburtserfahrung [1].

Die Verpflichtung zum Tragen einer Maske während der gesamten Geburtsdauer ist eine weitere Einschränkung, die Auswirkungen auf den physiologischen Verlauf der Geburt haben kann. Die Atmung als wesentlicher Teil der Geburtsarbeit wird durch einen Mund-Nasen-Schutz beträchtlich erschwert. Ebenso kann die nonverbale Kommunikation zwischen der Gebärenden und dem betreuenden Fachpersonal beeinträchtigt werden. Es besteht die Möglichkeit, dass dadurch die Qualität der intrapartalen Betreuung beeinträchtigt wird, da es für Hebammen und Ärzte*Ärztinnen unter diesen Umständen schwerer sein kann, die Bedürfnisse der Gebärenden sensibel und zeitnah zu erfassen.

Weiterhin geschieht es, dass mit SARS-CoV-2 infizierte Mütter nach der Geburt von ihren Kindern getrennt werden und das Stillen nicht unterstützt wird. Dies kann jedoch erhebliche Probleme für die Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung sowie die Aufrechterhaltung des Stillens mit sich bringen.

Frauen und ihre Familien haben auch während der Pandemie das Recht darauf, eine sichere und respektvolle geburtshilfliche Betreuung zu erhalten, die die körperliche und seelische Gesundheit ins Zentrum der Versorgung stellt und unnötige Interventionen verhindert.

Autorinnen:

Prof. Dr. Julia Leinweber, Kristin Maria Käuper M.Sc., Claudia Malterer M.Sc., Christiane Winkler M.A., Dr. Sabine Striebich, Prof. Dr. Dorothea Tegethoff, Dr. Angelica Ensel (AG Respektvolle Geburtshilfe) für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Literatur

- [1] Bohren MA., Hofmeyr GJ., Sakala C., Fukuzawa RK., & Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Syst Rev. 2017;7(7):CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.
- [2] Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Aktualisierte Empfehlungen zu SARS-CoV2/COVID-19 und Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. 2020. [Zugriff: 21.12.2020]. Verfügbar unter: https://www.dggg.de/fileadmin/documents/stellungnahmen/aktuell/2020/Aktualisierte_Empfehlungen_SARS-CoV-2_COVID-19.pdf
- [3] Mother Hood e.V. Hinweise und Empfehlungen für Schwangere zu Corona. 2020. [Zugriff: 28.12.2020]. Verfügbar unter: <https://www.mother-hood.de/sichere-geburt/informationen-fuer-eltern/hinweise-und-empfehlungen-fuer-schwangere-zu-corona.html>
- [4] Renfrew, M. J., Cheyne, H., Craig, J., Duff, E., Dykes, F., Hunter, B., Lavender, T., Page, L., Ross-Davie, M., Spiby, H., & Downe, S. Sustaining quality midwifery care in a pandemic and beyond. Midwifery. 2020;88:102759. DOI: 10.1016/j.midw.2020.102759
- [5] WHO. Coronavirus disease (COVID-19): Pregnancy and childbirth. 2020. [Zugriff: 21.12.2020]. Verfügbar unter: www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-on-covid-19-pregnancy-childbirth-and-breastfeeding

- ◆ Geburtsabteilungen sollten ihre Präventionsmaßnahmen im Kreißaal entsprechend der Empfehlungen von WHO [5] und DGGG [2] gestalten, um körperliche und emotionale Risiken für Gebärende, Kinder und Familien zu minimieren.
- ◆ Die Anwesenheit einer Begleitperson sollte auch bei einer Geburtseinleitung und in der Latenzphase ermöglicht werden, um eine sichere und positive Geburtserfahrung [6] zu gewährleisten – Frauen dürfen während der Geburt nicht alleingelassen werden!
- ◆ Von einer pauschalen Maskenpflicht für Gebärende ohne nachgewiesene Infektion mit SARS-CoV-2 sollte abgesehen werden.
- ◆ Auch beim Vorliegen einer Infektion mit SARS-CoV-2 haben Frauen das Recht, ihre Geburt sicher und positiv zu erleben. Die erforderlichen Infektionsschutzmaßnahmen sollten dabei immer unter Berücksichtigung der evidenzbasierten Prinzipien einer sicheren, effektiven, gerechten und respektvollen Betreuung mit der Gebärenden und dem betreuenden Fachpersonal abgestimmt werden.
- ◆ Mit SARS-CoV-2 infizierte Frauen sollten nicht von ihren Kindern getrennt werden. Auch hier sollten Stillen, Förderung der Mutter-Kind-Beziehung und Rooming-in unterstützt werden [5].

Zusammenfassend hebt die AG Respektvolle Geburtshilfe der DGHWi hervor, dass in jeder geburtshilflichen Einrichtung eine der aktuellen Situation angemessene Balance zwischen den für die Kontrolle der Ausbreitung der SARS-CoV-2-Infektion erforderlichen Restriktionen für den Schutz aller Patient*innen in den Kliniken und des Personals und den essentiellen, evidenzbasierten Prinzipien einer sicheren, effektiven, gerechten und respektvollen Betreuung einschließlich der bestmöglichen Aufrechterhaltung von Wahlmöglichkeiten für Frauen in der perinatalen Zeit [4] gefunden werden sollte.

S3 Leitlinie Vaginale Geburt am Termin

22. Dezember 2020

Im Januar 2021 wurde die neue S3 Leitlinie Vaginale Geburt am Termin im Portal der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) veröffentlicht [1]. Sie ist das Ergebnis der Zusammenarbeit von Hebammen¹, Gynäkolog*innen, Pädiater*innen und Anästhesist*innen sowie der Bundeselterninitiative Mother Hood e.V.. Zudem haben Hebammen und Gynäkolog*innen aus der Schweiz und aus Österreich an ihrer Entwicklung mitgewirkt. Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) e.V. und die Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi) e.V. waren als federführende Fachgesellschaften für die Koordination der Entwicklungsarbeit und Fertigstellung der Leitlinie verantwortlich (die Autor*innen und beteiligten Institutionen können der Tabelle 1 entnommen werden). Die gemeinsame Verantwortung von Hebammen und Gynäkolog*innen für eine geburtshilfliche S3 Leitlinie darf in Deutschland als Novum betrachtet werden. Ebenso wie die Tatsache, dass diese Leitlinie erstmalig den gesamten Geburtsverlauf einer primär Low-Risk Schwangeren zum Gegenstand hat und nicht – wie bisher üblich – dezidierte Risiken fokussiert.

Im 1. Schritt der Leitlinienentwicklung wurden nationale und internationale Leitlinien zum Thema gescreent und mit Hilfe des Deutschen Leitlinien-Bewertungsinstrument (DELBI) [2] bewertet. Im Ergebnis erreich-

te die Leitlinie [Clinical Guideline 190 Intrapartum care for healthy women and babies](#) des National-Institute for Health and Care Excellence (NICE) [3] einen DELBI Score von 0,94 (Maximum 1), weshalb eine Adaptation dieser Leitlinie, wo es für den deutschsprachigen Kontext möglich war, von der Leitliniengruppe beschlossen wurde. Inhaltlich widmet sich die S3 Leitlinie Vaginale Geburt am Termin den Themen Aufklärung und Beratung, Allgemeine Betreuung, Monitoring, Schmerzmanagement, Eröffnungs-, Austritts- und Nachgeburtsphase sowie Qualitätssicherung. Mit der Behandlung dieser Themen wird das Ziel verfolgt, aktuelles Wissen über die vaginale Geburt am Termin in Abgrenzung pathologischer Entwicklungen und Zustände zusammenzufassen, um so den in die Betreuung einer Gebärenden involvierten Akteur*innen eine angemessene Orientierung in der Einschätzung der Notwendigkeit oder auch Vermeidung einer Intervention zu ermöglichen. Geleitet wird diese Einschätzung vom gemeinsamen Wunsch der Akteur*innen, Frauen, Paare und Familien individuell und auf hohem Niveau zu unterstützen, um so eine sichere und zugleich selbstbestimmte Geburtshilfe zu gewährleisten. Nicht zuletzt bietet sie Gesundheitspolitiker*innen Hinweise für eine qualitativ hochwertige und sichere geburtshilfliche Versorgung und die hierfür nötigen Voraussetzungen.

Die in der Leitlinie postulierte frauenzentrierte Betreuung greift ein interdisziplinär entwickeltes Betreuungskonzept auf, das im Nationalen

Gesundheitsziel – Gesundheit rund um die Geburt definiert und als für das Wohlbefinden und die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Frau sehr förderlich betrachtet wird [4]. Der frauenzentrierte Ansatz wird auch durch die in die Leitlinie in einer deutschen Fassung integrierten *12 steps to safe and respectful MotherBaby-Family maternity care* [5], die u.a. von der Internationalen Vereinigung für Gynäkologie und Geburtshilfe (FIGO), dem Internationalen Hebammenverband (ICM) und der Internationalen Pädiater*innenvereinigung (IPA) konsentiert wurden, deutlich.

Viele der in der Leitlinie formulierten Empfehlungen und Statements scheinen selbstverständlich. Dennoch war es der Leitliniengruppe wichtig auch vermeintlich selbstverständliche Sachverhalte entsprechend auszuformulieren. Nicht zuletzt auch, um Frauen und ihren Familien zu verdeutlichen, was sie während der Geburt erwarten und ggfs. auch einfordern dürfen.

Hier ein Beispiel zur Empfehlung 3.4:

Alle Gesundheitsfachpersonen sollen jederzeit dafür sorgen, dass Frauen eine individuelle und respektvolle Betreuung erhalten, dass sie mit Wertschätzung und Achtung behandelt werden und dass sie selbst informiert entscheiden können.

Tabelle 1: Autor*innen und beteiligte Institutionen

Mitglieder	Institution
Prof. Dr. Michael Abou-Dakn	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.
Kirsten Asmushen, M.Sc.	Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V.
Dr. in Susanne Bässler-Weber	Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.
Dr. in Ulrike Boes	Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.
Andrea Bosch	Deutscher Hebammenverband e.V.
Prof. Dr. David Ehm	Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
Univ. Prof. Dr. Thorsten Fischer	Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
Prof. in Dr. in Monika Greening	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.
Dr. in Katharina Hartmann	Mother Hood e.V.
PD Dr. Günther Heller	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Claudia Kapp	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.
Prof. Dr. Constantin von Kaisenberg	Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin e.V.
Beate Kayer, Mag. a (FH)	Österreichisches Hebammengremium
Prof. Dr. Sven Kehl	Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin e.V.
Univ. Prof. Dr. Peter Kranke, MBA	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V.
Dr. Burkhard Lawrenz	Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.
Dr. in Christine Loytved	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.
Dr. Wolf Lütje	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde e.V.
Elke Mattern, M.Sc.	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.
Renate Nielsen	Deutscher Hebammenverband e.V.
Prof. Dr. Frank Reister	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.
Prof. in Dr. in Rainhild Schäfers	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.
Prof. Dr. Rolf Schlösser	Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin e.V.
Prof. in Dr. in Christiane Schwarz	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.
Prof. Dr. Volker Stephan	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.
Barbara Stocker Kalberer, Hebamme M.Sc.	Schweizerischer Hebammenverband
Dr. Axel Valet	Berufsverband der Frauenärzte e.V.
Prof. Dr. Manuel Wenk	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V.

Das Verb „sollen“ beschreibt dabei den Empfehlungsgrad. Tabelle 2 zeigt, dass es sich hierbei um eine starke Empfehlung handelt. Basis der Empfehlung war zum einen die internationale Empfehlung der FIGO, des ICM und der IPA zur respektvollen Betreuung [5]. Zum anderen wurden Teilergebnisse aus internationalen Studien sowie qualitative Studien extrahiert, welche die Empfehlung stützen. Hier zeigt sich, dass zur Formulierung einer Empfehlung mit einem starken Empfehlungsgrad nicht zwingend ausschließlich Studien mit Evidenzlevel Ia oder Ib hinzugezogen werden.

Tabelle 2: Übersicht Empfehlungsgrade

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Ausdrucksweise
A	Starke Empfehlung	soll / soll nicht
B	Empfehlung	sollte / sollte nicht
0	Empfehlung offen	kann

Insgesamt enthält die Leitlinie 208 Empfehlungen, die hier nicht alle gelistet und erklärt werden können. In Tabelle 3 (auf der nächsten Seite) werden ausgewählte Empfehlungen dargestellt. Der wissenschaftliche Kontext der Empfehlungen kann in der Langversion der Leitlinie unter <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-083.html> nachgelesen werden. Wertvolle Hinweise zur Entwicklung und zu den verwendeten Studien bietet auch der dazugehörige Leitlinienreport.

Ein wesentlicher Aspekt, der gleich zu Beginn der Leitlinienentwicklung diskutiert wurde, war die Frage nach der Definition und Dauer der Geburtsphasen. Hier wie auch zu einigen anderen Aspekten führte das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), beauftragt durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Literaturrecherchen, teilweise mit einer dezidierten Auswertung der Studien durch (Projekt- und Evidenzberichte sind im Leitlinienreport enthalten). Ziel war es, zu eruieren, von welchen Definitionen und Zeiträumen in internationalen Studien und Leitlinien ausgegangen wird. Die Ergebnisse dieser Recherche wie auch die Ausführungen aus der zugrunde liegenden NICE Clinical Guideline 190 sind sowohl in die Abbildung 1 als auch in die entsprechenden Empfehlungen bezogen auf die Definition und die Dauer der verschiedenen Geburtsphasen eingeflossen. In diesem Zusammenhang hat die Leitliniengruppe mit der S3 Leitlinie vaginale Geburt am Termin die Chance genutzt, das Wort Austreibungsphase durch das Wort Austrittsphase zu ersetzen und so die etwas neutralere Bezeichnung dieser Phase unter Beibehaltung der gängigen Abkürzung AP in die geburtshilfliche Praxis einzuführen.

Im Entwicklungsprozess zeichnete sich die Leitliniengruppe durch eine hohe Motivation aus, das geburtshilflichen Vorgehen im deutschsprachigen Raum durch wissenschaftliche Evidenz zu stützen bzw. auf Basis derer auch kritisch zu reflektieren. In diesem Prozess wurden zum Teil unterschiedliche Meinungen vertreten und auch beibehalten, so dass die vorliegende Leitlinie als der kleinste gemeinsame Nenner der verschiedenen Meinungen unter Berücksichtigung von Sondervoten und Gegenstimmen zu sehen ist.

Im Entwicklungsprozess wurden darüber hinaus einige Themen identifiziert, deren Bearbeitung zu einer Verbesserung der geburtshilflichen Versorgung von Frauen und ihren Kindern führen kann, die aber in

dieser 1. Auflage der Leitlinie nicht ausreichend integriert werden konnten. In der Konsequenz ist ein Pool an Themen entstanden, die in der nächsten Auflage dieser Leitlinie Berücksichtigung finden sollen. Im Entwicklungsprozess wurde außerdem deutlich, dass nur wenige Erkenntnisse zu mittel- und langfristigen Folgen einzelner geburtshilflicher Prozeduren für Mutter und Kind sowie zu patient reported outcomes measures existieren. Hier wurde ein klarer Forschungsbedarf konstatiert.

Gerade vor diesem Hintergrund sei abschließend auf die Ausführungen der AWMF aufmerksam gemacht: „Die „Leitlinien“ sind [...] rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.“ (<https://www.awmf.org/leitlinien.html>, Zugriff am 04.04.2021)

Abbildung 1: Definition Geburtsphasen [1, S. 25]

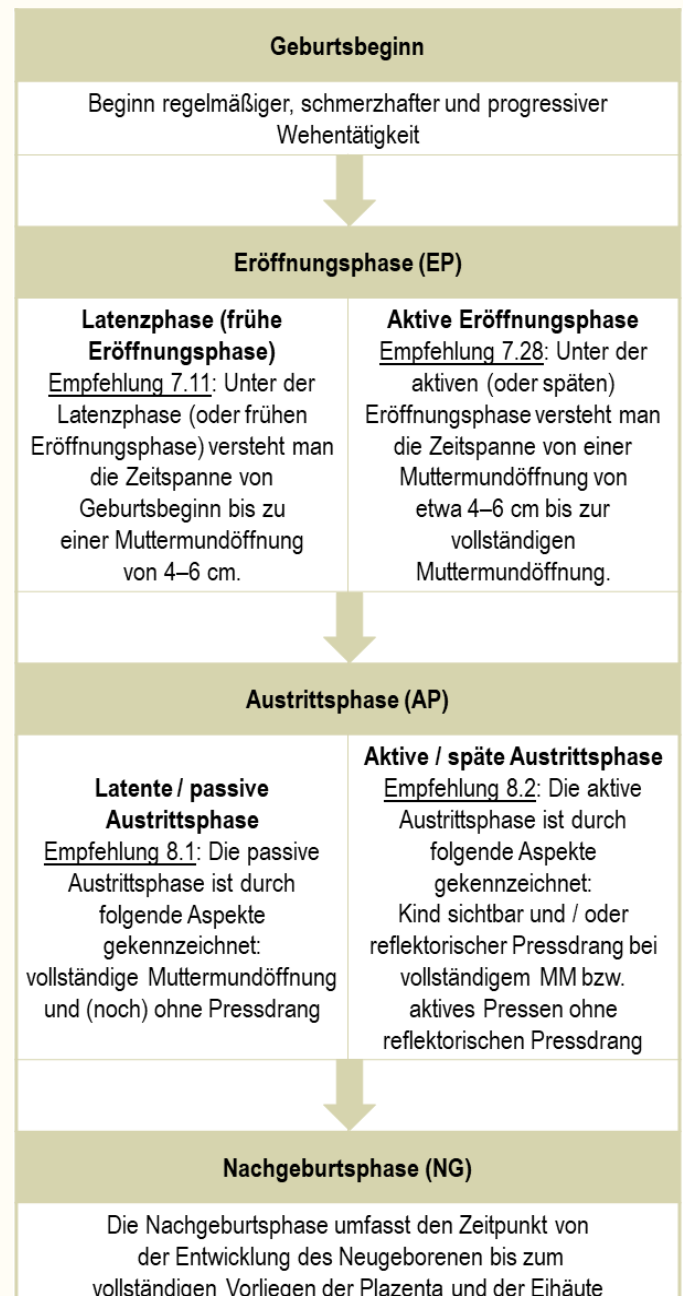


Tabelle 3: Ausgewählte Empfehlungen der Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ [1]

Nr.	Empfehlung
4.1	Frauen sollten ab der aktiven Eröffnungsphase unter der Geburt eine Eins-zu-eins-Betreuung durch eine Hebamme erhalten.
5.1	Die fetale Herzfrequenz soll bei Aufnahme zur Geburt und bei jeder weiteren Beurteilung des Zustands von Mutter und Kind auskultiert werden.
5.9	Bei Aufnahme einer Niedrig-Risiko-Schwangeren sollte die CTG-Aufzeichnung nicht bei Verdacht auf Geburtsbeginn durchgeführt werden.
5.10	Auf eine CTG-Aufzeichnung sollte bei einer Niedrig-Risiko-Schwangeren in der aktiven Eröffnungsphase verzichtet werden.*
	*Dies bedeutet nicht, dass keine Überwachung erforderlich ist. Anstelle der CTG-Überwachung soll eine Überwachung der kindlichen Herztöne mittels Auskultation erfolgen.
6.8	Für Akupunktur, Akupressur, Hypnose, Aromatherapie und Yoga sind keine nachteiligen Wirkungen beschrieben. Den Wünschen der Frau, die diese Methoden anwenden möchte, kann entsprochen werden. Eine entsprechende Ausbildung des Anwenders / der Anwenderin soll gegeben sein.
6.9	Empfehlungen zur Verwendung von homöopathischen Mitteln zur Schmerzerleichterung während der Geburt können aufgrund fehlender Evidenz nicht abgegeben werden.
6.11	Gebärenden unter der Geburt, die einer Analgesie bedürfen oder eine Analgesie wünschen, sollte eine Epiduralanalgesie angeboten werden.
6.15	Lachgas-Sauerstoff-Gemische (50 % / 50 %) können zur Schmerzerleichterung unter der Geburt unter Beachtung der technischen Voraussetzungen verwendet werden.
7.1	Es sollte keine Empfehlung für die Maßnahme des Hinlegens nach vorzeitigem Blasensprung gegeben werden.
7.24	Eine Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtshilfe soll erfolgen, wenn einer der folgenden Punkte bei der Schwangeren während der Erstuntersuchung auffallen:
	Herzfrequenz über 120 Schlägen pro Minute (SpM) nach ein-maliger Kontrolle im Abstand von 30 Min
	Blutdruck von systolisch ≥ 160 mmHg oder diastolisch ≥ 110 mmHg einmalig gemessen
	Blutdruck von systolisch ≥ 140 mmHg oder diastolisch ≥ 90 mmHg nach einmaliger Kontrolle im Abstand von 30 Min
	Proteinurie im Urin-Stix (++) und ein einmalig erhöhter Blutdruck (systolisch ≥ 140 mmHg und / oder diastolisch ≥ 90 mmHg)
	Temperatur von $> 38^{\circ}\text{C}$
	Vaginale Blutung, die keine Zeichnungsblutung ist
	Vorzeitiger Blasensprung mehr als 24 Stunden vor Wehenbeginn
	Signifikant grünes Fruchtwasser
	Schmerzen, die nicht mit einer normalen Wehentätigkeit vereinbar sind
	Vorliegen einer Risikoschwangerschaft, die eine ärztlich geleitete Geburt erfordern
7.25	Eine Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtshilfe soll erfolgen, wenn einer der folgenden Punkte bei der Erstuntersuchung des Feten auffallen:
	Angabe von nachlassenden Kindsbewegungen in den letzten 24 Stunden
	Dezeleration der fetalen Herzfrequenz
	Herzfrequenz < 110 SpM oder > 160 SpM
	Verdacht auf SGA, IUGR oder fetale Makrosomie
	BEL, Quer- oder Schräglage
	Nabelschnurvorliegen
	Hochstehender oder frei ballotierender Kopf bei einer Erstgebärenden
	Verdacht auf An-, Oligo- oder Polyhydramnion
8.4	Eine protrahierte AP wird diagnostiziert, wenn die Geburt in der aktiven Phase bezüglich der Rotation und / oder Tieferreten bei einer Erstgebärenden über 2 Stunden und bei einer Mehrgebärenden über 1 Stunde inadäquate Fortschritte aufweist.
	Ein Geburtsstillstand in der AP wird diagnostiziert, wenn die aktive Phase der AP bei einer Erstgebärenden 3 Stunden und bei einer Mehrgebärenden 2 Stunden überschreitet.
8.7	Die Gebärende soll dazu angehalten werden, die Rückenlage in der AP zu vermeiden. Sie soll motiviert werden die Position einzunehmen, die sie als angenehm empfindet.
8.9	Die Gebärende sollte darüber informiert werden, dass sie sich von ihrem eigenen Pressdrang leiten lassen soll. Dies umfasst sowohl den Zeitpunkt als auch die Art und Dauer des Pressens. Es gibt keine Evidenz guter Qualität dafür, dass 'angeleitetes Pressen' einen positiven Effekt auf das Geburts-Outcome hat.
8.12	Sowohl die „Hands-on“- (à „Dammenschutz“) als auch die „Hands-off“-Technik (à kein „Dammenschutz“: die Hände der Hebamme berühren weder den Damm der Gebärenden noch den kindlichen Kopf, die Hebamme kann aber jederzeit eingreifen) können bei der Geburt des Kindes angewandt werden.
8.14	Wenn eine Episiotomie durchgeführt wird, soll diese mediolateral ausgeführt werden.
	Der Winkel zur Vertikalen soll zum Zeitpunkt der Durchführung (à am gespannten Damm) 60° zur Vertikalen betragen und nicht unmittelbar in der Medianlinie beginnen. Die Länge soll der Scherenbranche entsprechen.
8.21	Fundusdruck soll möglichst nicht ausgeübt werden. Nur unter strenger Indikationsstellung kann diese Maßnahme erwogen werden.
	Folgende Bedingungen müssen gegeben sein:
	initiale Sicherstellung des Einverständnisses der Gebärenden
	Veto-Recht der Gebärenden
	kontinuierliche Kommunikation mit der Frau
	nur in der späten AP
	wehensynchrone Ausführung
	möglichst manueller Druck auf den Fundus, nach kaudal gerichtet
	Weiterhin ist hier auch auf eine gute Absprache im geburtshilflichen Team und mit den Begleitpersonen zu achten
9.3	Die Diagnose „Verlängerte Nachgeburtsphase“ soll gestellt werden, wenn:
	die Nachgeburtsphase bei aktivem Management nach 30 Minuten post partum oder
	bei abwartendem Management nach 60 Minuten post partum nicht abgeschlossen ist
9.6	Entscheidet sich eine Frau mit geringem postpartalen Blutungsrisiko für ein abwartendes Management der Nachgeburtsperiode, so sollte dieser Wunsch respektiert werden. Die Frau sollte dann entsprechend ihrer Entscheidung unterstützt werden.
9.20	Wurde eine Geburtsverletzung diagnostiziert, so sollte der Frau eine weiterführende systematische Untersuchung inklusive einer rektalen Untersuchung empfohlen werden.
9.24	Aufgrund der besseren Heilungserfolge soll Frauen mit einem Dammriss II° die Naht der betroffenen Muskelschichten angeraten werden. Ist bei einem Dammriss II° nach der Naht der Muskelschicht die Haut gut adaptiert, so muss diese nicht genäht werden.

9.38	Wenn das Fruchtwasser signifikant* Mekonium enthielt und das Neugeborene gesund erscheint, soll es in Zusammenarbeit mit den Neonatolog*innen eng überwacht werden. Kontrollen sollen im Alter von 1 und 2 Lebensstunden sowie anschließend 2-stündlich bis zum Alter von 12 Lebensstunden erfolgen.
	*Der Mekoniumgehalt im Fruchtwasser gilt als signifikant, wenn das Fruchtwasser dickgrün oder zäh imponiert (im deutschen Sprachgebrauch „erbsbreiartig“) oder wenn es Klumpen von Mekonium enthält.
9.41	Bei jedem Termingeborenen nach vorzeitigem Blasensprung soll in den ersten 12 Lebensstunden sorgfältig beobachtet werden. Nach 1, 2, 6 und 12 Stunden sollen folgende Parameter und Symptome beurteilt und dokumentiert werden:
	Allgemeinzustand und Nahrungsaufnahme
	Hautdurchblutung
	Körpertemperatur (rektal gemessen)
	Herzfrequenz
	Atemfrequenz
	Auftreten von Stöhnatmung, Einziehungen, Nasenflügeln, Zyanose und / oder Muskelhypotonie
	Wenn dabei irgendwelche Auffälligkeiten festgestellt werden, soll das Kind von einem / einer Pädiater*in beurteilt werden.
10.1	Unabhängig von der jährlichen Geburtenrate sollten so viele Hebammen in der geburtshilflichen Abteilung anwesend bzw. rufbereit sein, dass zu mehr als 95 % der Zeit eine Eins-zu-eins-Betreuung der Gebärenden gewährleistet ist.
10.2	Leitende Hebammen sollten, angepasst an das zuvor dokumentierte Tätigkeitsfeld, von den praktischen Tätigkeiten in der geburtshilflichen Abteilung anteilig oder ganz freigestellt werden. Der Anteil der Freistellung soll in der Personalbemessung berücksichtigt werden.
10.3	Hebammen, die nach Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben als Praxisanleiter*in tätig sind, sollten im Rahmen dieser Tätigkeit anteilig von den praktischen Tätigkeiten in der geburtshilflichen Abteilung freigestellt werden. Der Anteil der Freistellung soll in der Personalbemessung berücksichtigt werden.

¹ Mit § 3 des Gesetzes über das Studium und den Beruf von Hebammen (Hebammengesetz - HebG) vom 22.11.2019 wurde eingeführt, dass die Berufsbezeichnung „Hebamme“ für alle Berufsangehörigen gilt. Auch wenn männlichen Angehörigen des Berufes noch die Berufsbezeichnung „Entbindungspfleger“ vor in Kraft treten des Gesetzes verliehen wurde, wird hier die Berufsbezeichnung „Hebamme“ gewählt und im Sinne des § 3 HebG verstanden.

Autorinnen:

Prof. Dr. Rainhild Schäfers (DGHWi) und Prof. Dr. Michael Abou-Dakn (DGGG)

Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi). S3-Leitlinie Vaginale Geburt am Termin. Langfassung, Version 1.1. AWMF 015-083; 2020. [Zugriff: 27.04.2021]. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-083l_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-03.pdf
2. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) und Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI) - Fassung 2005/2006 + Domäne 8 (2008). Berlin, Düsseldorf: ÄZQ, AWMF; 2008.
2. National Collaborating Centre for Women's Children's Health. Intrapartum care of healthy women and their babies during childbirth Clinical Guideline 190 - Methods, evidence and recommendations. Commissioned by the National Institute for Health and Care Excellence (NICE). London: National Collaborating Centre for Women's Children's Health; 2014.
3. Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses. Nationales Gesundheitsziel - Gesundheit rund um die Geburt. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; 2017.
4. Lalonde A., et al. The International Childbirth Initiative: 12 steps to safe and respectful MotherBaby-Family maternity care. Int J Gynaecol Obstet. 2019;146(1): 65-73.

S3-Leitlinie „Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin“

28. Februar 2020¹

Unter Beteiligung der DGHWi wurde die bestehende S3 Leitlinie Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin aktualisiert. Anmeldende Fachgesellschaft waren die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und die deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). Die Koordination der Leitliniengruppe übernahm Frau Prof. Dr. Claudia Spieß, Herr Prof. Dr. Christina Waydas, Herr Dr. Björn Weiß und Frau Dr. Anika Müller. Die DGHWi wurde durch Frau Prof. Dr. Rainhild Schäfers und Frau Kerstin Böhm als Mandatsträgerinnen vertreten.

Novum des grundlegenden Updates aus dem Jahr 2015 war das Ziel, dass die Patient*innen wach, aufmerksam, schmerz-, angst- und delirfrei sind und sich aktiv an der Behandlung und Genesung beteiligen können. Dieser Paradigmenwechsel führte nicht zur Veränderung des

klinischen Alltags sondern auch zu einer Veränderung der Forschungsschwerpunkte. Im Vordergrund der jetzigen Aktualisierung stand daher die Differenzierung und Modifizierung der konzeptionellen Entwicklung aus dem Jahr 2015 auf Grundlage neuer Evidenz sowie die Digitalisierung des Leitlinienprozesses. Für den Digitalisierungsprozess wurden die Software Magic und Google Documents verwendet, welche für den Workflow eine integrative und interaktive Grundlage sowohl für die Kommunikation als auch für die Kollaboration darstellten. Begründet durch die anhaltende Covid-19 Pandemie wurden die Leitlinientreffen in digitalisierter Form durchgeführt.

Zielsetzung der neuen Leitlinie ist, eine möglichst hohe Qualität und Sicherheit in der Behandlung intensivmedizinisch-behandelter Patient*innen zu gewährleisten, worunter in der Gruppe der speziellen

Stellungnahmen/Leitlinien

Patienten*innengruppen auch erkrankte Schwangere, Gebärende, Wöchnerinnen und Neugeborene berücksichtigt wurden.

Empfehlungen für die Schwangerschaft beinhalten:

- ♦ Für leichte Schmerzen ist Paracetamol das Mittel der ersten Wahl.
- ♦ Für stärkere Schmerzen sind NSAID wie Diclofenac und Ibuprofen Mittel der ersten Wahl bis zur 27+0 SSW.
- ♦ Unter gegebener Indikation und adäquater Überwachung des ungeborenen Kindes können Opioide während der gesamten Schwangerschaft verabreicht werden. Die Empfehlung B 1.5 wurde in der neuen Leitlinie gestrichen.
- ♦ Für die Geburt wird weiterhin die Periduralanästhesie als effektivste Schmerztherapie beschrieben.
- ♦ Neu im Bereich der intensivmedizinischen Behandlung von Stillenden ist die explizite Empfehlung eine stillverträgliche Medikation auszuwählen oder wenn dies nicht möglich ist die Laktation durch Abpumpen der Muttermilch für die Dauer der Therapie aufrechtzuerhalten.
- ♦ Bei leichteren Schmerzen wird als Mittel der ersten Wahl Paracetamol und Ibuprofen empfohlen. Ibuprofen geht nicht in die Muttermilch über. Paracetamol geht in die Muttermilch über, wird allerdings als unproblematisch eingeschätzt. Eventuell gibt es aber einen Zusammenhang zwischen der Einnahme von Paracetamol und der Induktion von Asthma beim Kind.

- ♦ Wie auch in der alten Leitlinie wird der positive Effekt einer suffizienten postoperativen Schmerztherapie auf das Stillen herausgestellt.

Für Neugeborene gibt es keine Änderungen der Empfehlungen. Grundlegend sollte eine adäquate Überwachung von Analgesie, Sedierung und Delir erfolgen. Erwähnt werden sollte, dass es für die Schmerzeinschätzung von Neugeborenen keine evidenzbasierten Schmerzskaleten gibt. Für die „Echelle Douleur Inconfort Nouveau-né“ (EDIN), die „Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale“ (N-PASS) und die „COMFORTneo scale“ liegen erste Evaluationen vor. Als besonders vulnerable Gruppe werden die sehr unreifen Frühgeborenen eingestuft, da bekannte Verhaltensmuster, die Reifgeborene und größere Frühgeborene bei schmerzhaften Zuständen zeigen, (z.B. Aufschrecken) nicht auf diese Patienten*innengruppe übertragbar sind. Außerdem nehmen die sichtbaren Verhaltensäußerungen der Frühgeborenen mit zunehmender Anzahl an schmerzhaften Interventionen ab.

Aufgrund der anhaltenden Covid-19 Pandemie wurde durch die Leitliniengruppe ergänzend ein Addendum zur Therapie von COVID-19 erkrankten Patienten*innen erstellt.

Durch die Mitarbeit der DGHWi konnten insbesondere die Stillförderung im intensivmedizinischen Bereich und redaktionelle Verbesserungen im Begleittext erreicht werden. Die Zusammenarbeit in der Leitliniengruppe war sehr konstruktiv und wertschätzend.

¹ Der Begutachtungsprozess ist noch nicht offiziell, obwohl die Fertigstellung bis zum 28.02.21 geplant war; AWMF-Registernummer: 001/012.

Autorinnen:

Kerstin Böhm, M.A. und Lena Agel, B.A.

Referentenentwurf des BMG „Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung“

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

12. November 2020

Der Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für ein „Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung“ wird unter dem Namen Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) geführt. Änderungen an bestehenden Gesetzen sollen die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung weiterentwickeln, die Qualität und Transparenz in der Versorgung verbessern und Strukturen zur Stärkung von Netzwerken optimieren.

Die DGHWi nimmt Stellung zu Artikel 15, dem „Gesetz über die Statistiken der Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierung, der Krankheitskosten sowie des Personals im Gesundheitswesen“, kurz Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetz (GAPSG).

Mit diesem Gesetz wird die Verordnung Nr. 1338/2008 des europäischen Parlaments und des Rates vom 16. Dezember 2008 zu

Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz [1] umgesetzt.

Die DGHWi unterstützt das Erheben, Aufbereiten und Veröffentlichen von Statistiken zu Gesundheitsausgaben und dem am Gesundheitsschutz beteiligten Personal durch das Statistische Bundesamt.

Vor dem Hintergrund, dass nicht nur, wie in der Begründung zu Artikel 15 § 1 Absatz 2 aufgeführt, im Bereich der ambulanten und (teil) stationären Pflegeeinrichtungen, sondern auch im Bereich der ambulant und stationär erbrachten Versorgung von Frauen während der reproduktiven Phase durch Hebammen – sowohl von Seiten der Leistungserbringer als auch von Seiten der Nutzerinnen – ein seit Jahren bestehender Fachkräftemangel berichtet wird, sehen wir in dem beabsichtigten regionalen Fachkräftemonitoring ein hervorragend geeignetes Instru-

ment, um die Versorgungslücken und -engpässe in Zahlen exakt benennen zu können und über kurz- und mittelfristige umsetzbare Maßnahmen in diesen Versorgungslücken Abhilfe zu schaffen. Zu denken ist hier beispielsweise an das Einrichten der erforderlichen Anzahl an Studienplätzen, an das Setzen von finanziellen Anreizen zur Aufnahme der Berufstätigkeit, an Maßnahmen zur Wiedereingliederung

nach Berufsausstieg. Aus unserer Sicht ist ein solches Fachkräfte-monitoring jedoch nur dann wirklich nutzbar und effektiv, wenn die Daten im Bereich der Hebammenversorgung berufsspezifisch sowohl für die klinische wie auch die außerklinische Versorgung erhoben werden und immer in Verbindung mit den zu erhebenden Bedarfen bei den Nutzerinnen der Versorgung gesetzt werden.

Autorinnen:

Prof. Dr. Barbara Baumgärtner und Elke Mattern, M.Sc. für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Literatur

[1] Europäische Union. Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 - Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz; 2008. [Zugriff: Nov 2020]. Verfügbar unter: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32008R1338&from=DE>

Entwurf zum Aktionsplan 2021-2024 des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland – Aktionsplan AMTS 2021-2024

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

1. Dezember 2020

Allgemeine Anmerkungen

In Kapitel III, Punkt 1 „Sensibilisierung von Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzten, Apothekerinnen und Apothekern, Pflegenden und der Öffentlichkeit für vermeidbare Risiken der Arzneimitteltherapie“ (Seite 9 des Entwurfs) fehlen die Hebammen als Primärversorger*innen von Schwangeren/Stillenden.

Hebammen gehören nicht zur Berufsgruppe der Pflegenden und auch nicht zur Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte. Sie betreuen Schwangere/Stillende, ohne dass eine Überweisung einer Ärztin/eines Arztes notwendig ist. DGHWi bittet darum, dieser Auflistung die Berufsgruppe der Hebammen hinzuzufügen.

Dies auch in Kapitel III, Punkt 5.4 „Förderung der Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie Apothekerinnen und Apothekern und den Angehörigen der Pflegeberufe“. Bei der Aufzählung einzelner Berufsgruppen soll im gesamten Dokument die Berufsgruppe der Hebammen aufgenommen werden.

Maßnahmen 2 und 18 des neuen Aktionsplans

Die DGHWi begrüßt das Vorhaben zur „Aktualisierung des Internetauftritts der Embryotox-Datenbank für die Arzneimitteltherapie schwangerer, stillender und potenziell schwangerer Frauen“ (Maßnahme 18) und nimmt Stellung zu den Vorhaben für die Zielgruppe Schwangerer.

Die Datenbank des Pharmakovigilanz- und Beratungszentrums für Embryonaltoxikologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin (Embryotox) hat in den letzten Jahren, aus Sicht der DGHWi, stetig an Bekanntheit zugenommen und gilt als vertrauenswürdige Internet-Website bei

Schwangeren, Stillenden und Hebammen sowie Ärzt*innen, sodass wir die Weiterentwicklung dieses Projekts als sinnvoll erachten und es begrüßen.

Gerne geben wir für den Prozess der Aktualisierung folgende Hinweise:

- ♦ Im Zuge der Digitalisierung des Gesundheitswesens und der zunehmenden Vernetzung sollten bei der Aktualisierung Software-schnittstellen zur Interoperabilität mitgedacht werden.
- ♦ Verständlichkeit der Informationen und die Aufbereitung unter Berücksichtigung individueller Probleme der Frauen in der Schwangerschaft/Stillzeit sollten mitgedacht werden.
- ♦ Informationen für die beide User-Gruppen der Schwangeren/Stillenden und der Fachpersonen in der Versorgung sollten mitgedacht werden.

Das Vorhaben zur „Entwicklung von allgemeinen Patienteninformationen zur Arzneimitteltherapie für Frauen im gebärfähigen Alter, in Schwangerschaft und Stillzeit“ (Maßnahme 2) kann auf Basis der vorliegenden Informationen leider nicht beurteilt werden. Zu gegebener Zeit wird sich die DGHWi gern beteiligen.

Autorin:

Mirjam Peters, M.Sc. für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

12. Januar 2021

Die DGHWi begrüßt, dass im Referentenentwurf mehrere Vorschläge aus der Stellungnahme der DGHWi zum Arbeitsentwurf für die ärztliche Approbationsordnung (24. Januar 2020) aufgegriffen wurden. In dem

nun vorliegenden Referentenentwurf sind nach Ansicht der DGHWi folgende Änderungen sinnvoll.

Entwurfstext	Änderungsvorschlag	Begründung
<p>§ 118</p> <p>Durchführung der Prüfung am Patienten oder an der Patientin</p> <p>(2) Bei dem Prüfungselement nach § 116 Absatz 3 Satz 2 Nummer 8 ist bei der Prüfung am Patienten oder an der Patientin aus dem stationären Bereich zusätzlich eine Pflegefachkraft oder ein Angehöriger oder eine Angehörige eines anderen Gesundheitsfachberufes anwesend, an den oder die die interprofessionelle Übergabe erfolgt. Bei der Prüfung am Patienten oder an der Patientin aus dem ambulanten Bereich kann die interprofessionelle Übergabe an einen Medizinischen Fachangestellten oder an eine Medizinische Fachangestellte erfolgen.</p>	<p><i>Als letzter Satz des Absatzes:</i></p> <p>Im Falle einer Prüfung im Fach Geburtshilfe ist eine Hebamme anwesend.</p>	<p>Das Hebammengesetz vom Januar 2020 sieht die Hinzuziehung von Hebammen durch Ärzte* Ärztinnen zu allen Geburten vor (§4 Abs. 3). Die Anwesenheit einer Hebamme in einer geburtshilflichen Prüfung sollte daher gegeben sein und trägt zu einem realitätsnahen Prüfungsformat bei.</p>
<p>§ 120</p> <p>Bewertung der Prüfung am Patienten oder an der Patientin</p> <p>(2) Bei der Bewertung der Leistung des Prüfungselements nach § 116 Absatz 3 Satz 2 Nummer 8 ist die Einschätzung der Leistung durch die Pflegefachkraft, den Angehörigen oder die Angehörige eines anderen Gesundheitsfachberufes oder den Medizinischen Fachangestellten oder die Medizinische Fachangestellte, an den oder die die interprofessionelle Übergabe erfolgte, zu berücksichtigen.</p>	<p>(2) Bei dem Prüfungselement nach § 116 Absatz 3 Satz 2 Nummer 8 bewertet zusätzlich die Pflegefachkraft oder der oder die Angehörige eines anderen Gesundheitsfachberufes (im Falle einer geburtshilflichen Prüfung der Hebamme), an den oder die die interprofessionelle Übergabe erfolgt, die Leistungen in diesem Prüfungselement.</p>	<p>Die Überarbeitung fällt hinter den Stand des ersten Entwurfs zurück. Ob interprofessionelle Kommunikation gelingt, kann nur interprofessionell bewertet werden. Die Sicht ärztlicher Prüfer*innen hier zu privilegieren, konterkariert den Sinn der Prüfung.</p>

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit „Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege“

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

5. Dezember 2020

Die DGHWi nimmt Stellung zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit „Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege“. Es wird grundsätzlich begrüßt, dass mit dem Gesetzentwurf neue Weichen für die digitale Gesundheitsversorgung im

deutschen Gesundheitssystem gestellt werden und eine schnelle Anpassung des Digitale-Versorgung-Gesetzes vorgenommen wird. Mit dem Gesetzentwurf sollen zukünftig „die Leistungen von Heilmittelerbringern und Hebammen, die im Zusammenhang mit digitalen

Gesundheitsanwendungen erbracht werden“ (Seiten 2 und 62) vergütet werden. Hebammen praktizieren in den Phasen Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit als Primärversorgende und stellen in diesem Zusammenhang Diagnosen, sie sind allerdings aktuell nicht zur Verordnung von „digitalen Gesundheitsanwendungen“ (DiGA) berechtigt. Vor dem Hintergrund, dass den Nutzenden einer rein hebammengeleiteten Versorgung der Zugang zu den DIGAs somit verwehrt wird, fordert die DGHWi an dieser Stelle die Ermächtigung der Berufsgruppe Hebammen zum Verordnen von DIGAs, die im Zusammenhang mit der Versorgung in Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit stehen und dementsprechend im Kompetenzbereich von Hebammen liegen.

Im gesamten Dokument werden verschiedene Berufsgruppen unterschiedlich einbezogen. An einigen Stellen wird ausschließlich „der Arzt“ genannt, z.B. Seite 1 „Beziehung zwischen Arzt und Patient durch die Digitalisierung nicht nur zu unterstützen, sondern vielmehr durch intensivere Kommunikation und Kooperation zu stärken und auf eine neue Ebene zu bringen.“, an anderen Stellen werden „Aber auch weitere Gesundheitsberufe wie Heil- und Hilfsmittelerbringer (...)“ genannt. Die DGHWi fordert eine gleichberechtigte und vollständige Aufzählung aller Berufsgruppen, die von dem Gesetz betroffen sind, oder die Verwendung einer Berufsgruppen übergreifenden Bezeichnung. Eine Formulierung wie „Beziehung zwischen Arzt und Patient (...)“ schließt weitere an der Versorgung beteiligte Berufsgruppen aus. Grundsätzlich sollte eine gendersensible Sprache gewählt werden.

Im Patienten-Daten-Schutz-Gesetz (PDSG) wird der Berufsgruppe Hebammen kein Recht für die Verarbeitung von elektronischen Notfalldaten zugesprochen (§ 359) [1]. Das Recht ist essentiell, um in den Notfalldaten der Frau die Schwangerschaft aufzuführen, damit dem Fachpersonal in der Notfallsituation alle essentiellen Informationen zugänglich sind. Auch in diesem Fall werden Nutzende in einer rein hebammengeleiteten Versorgung benachteiligt und die Patient*innensicherheit wird wesentlich eingeschränkt.

Die DGHWi begrüßt, dass telemedizinische Behandlungen von Hebammen auch unabhängig von der Corona-Pandemie ein grundlegender Bestandteil in der Gesundheitsversorgung von schwangeren und stillenden Frauen werden. Mit dieser behandlungsergänzenden Versorgungsform können auch mobilitätseingeschränkte und in schwer zu versorgenden Regionen lebende Nutzer*innen unterstützt werden, falls sie über einen kontinuierlichen Zugang zu Internet und der benötigten Hardware für telemedizinische Behandlungen verfügen.

Autorinnen:

Caroline Agricola, B.Sc. und Mirjam Peters, M.Sc. für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Literatur

1. Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz – PDSG) vom 14. Oktober 2020. [Zugriff: 30.11.2020]. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/patientendaten-schutz-gesetz.html>
2. Bundesministerium für Gesundheit. Informationen zu Ihren Gesundheitsfragen. Gesund leben. Schwangerschaftsvorsorge – wichtig für Mutter und Kind. [Zugriff: 30.11.2020]. Verfügbar unter: <https://gesund.bund.de/schwangerschaftsvorsorge>

Im Gesetzentwurf werden freie Kapazitäten von ärztlichen Vor-Ort-Terminen um freie Kapazitäten ärztlicher telemedizinischer Leistungen erweitert (Seiten 3 und 62). Diese Vermittlung freier Versorgungskapazitäten soll auch für Hebammen mitgedacht werden, um Frauen den Zugang zu vereinfachen.

Die freiwillige Anbindung der Hebammen an die Telematik-Infrastruktur (TI) wird zum 1. Juli 2021 in Kraft treten. Der vorliegende Referentenentwurf impliziert, dass die Anbindung an die TI anwenderfreundlich gestaltet wird. Für die ambulante Versorgung von Hebammen müssen hier allerdings noch Lösungen entwickelt werden, um die Anwendung gebrauchstauglich und ohne hohen Mehraufwand zu gestalten. Generell sollte zur Gewährleistung der Patient*innensicherheit die verpflichtende Anbindung der Hebammen an die TI überdacht werden. Frauen können während der Schwangerschaft, der Geburt und im Wochenbett von mehreren Leistungserbringern betreut werden, sodass hier eine Transparenz in Form einer einheitlichen Dokumentation im elektronischen Mutterpass gewährleistet sein muss.

Es wird das Ziel verfolgt, die Gesundheitskompetenz und Patient*innensouveränität mit dem Gesetzentwurf zu fördern (Seiten 4 und 63). In der Benutzeroberfläche der elektronischen Patient*innenakte für die Versicherten sollen „qualitätsgesicherte Informationen aus dem Nationalen Gesundheitsportal“ bereitgestellt werden. Grundsätzlich befürwortet die DGHWi dieses Vorhaben, regt aber an dieser Stelle an, die Inhalte zum Thema Schwangerschaft im Nationalen Gesundheitsportal zu überarbeiten. Aktuell stehen auf der Webseite zum Thema Schwangerschaft die Risiken und die Ultraschalluntersuchungen im Fokus der Schwangerenvorsorge und es werden keine Quellen zu den angeblich „qualitätsgesicherten“ Informationen zur Verfügung gestellt [2]. Die DGHWi fordert zur Förderung der Gesundheitskompetenz, dass in der elektronischen Patientenakte die Inhalte im Modul „elektronischer Mutterpass“ mit erklärenden Inhalten und Visualisierungen für Nutzende ergänzt werden.

Mit dem Gesetzentwurf wird eine „grenzüberschreitende“ Patient*innensicherheit bis zum Jahr 2023 angestrebt, bei der die Gesundheitsdaten im EU-Ausland in der direkten Gesundheitsversorgung genutzt werden. Der Schutz der auf diese Weise zentral zusammengeführten gesundheitsbezogenen Daten muss mit hoher Priorität sichergestellt werden. Die DGHWi spricht sich abschließend dafür aus, dass der Referentenentwurf zur Förderung der Lesbarkeit und Verstehbarkeit verständlicher formuliert werden sollte.

Änderung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

17. Juli 2020

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erweitert die Sicherstellungszuschläge-Regelungen um die Vorhaltung einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin als basisversorgungsrelevante Leistung zur flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung. Dabei geht es um Zuschläge, die ermöglichen, dass bestimmte Abteilungen in Krankenhäusern auch in ländlichen – sogenannten strukturschwachen – Regionen, die weniger dicht bewohnt sind, den Einwohner*innen zur Verfügung stehen. Bisher wurde für internistische und chirurgische Stationen eine Erreichbarkeitsschwelle von 30 Minuten formuliert. Das heißt, dass für einen Großteil der Bevölkerung diese Stationen innerhalb von 30 Minuten erreichbar sein müssen. Nach Berechnungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) benötigen etwa 1,3 Millionen Einwohner mehr als 30 Minuten. Die Erreichbarkeitsschwelle für die Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe wurde auf 40 Pkw-Fahrzeitminuten festgelegt. Auch für die

Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin soll eine Fahrzeit von 40 Minuten formuliert werden.

Die DGHWi hat am 17.07.2020 eine Stellungnahme zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V für die Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe geschrieben. Dort hatten wir dafür geworben, die Erreichbarkeitsschwelle auf 30 Minuten festzulegen. In diesem Beschlussentwurf geht es einerseits um die Aufnahme der Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin und andererseits um einen geänderten Berechnungsschlüssel, der bei der Erreichbarkeitsschwelle die Einwohner*innen einschließt, die schon jetzt eine längere Fahrzeit haben. Diese Stellungnahme ist tabellarisch verfasst: In der linken Spalte sind die Änderungen bzw. Stellungnahmen aufgeführt, die die DGHWi zu dem Beschlussentwurf des B-GA vorschlägt. In der rechten Spalte stehen die Begründungen.

Stellungnahme / Änderungs-vorschlag	Begründung
Beschlussentwurf: 1. § 3 wird wie folgt geändert: 2. für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2: 30 PKW-Fahrzeitminuten In Satz 3 wird nach Nummer 2 vor dem Punkt folgende Nummer 3 eingefügt: „3. für die notwendigen Vorhaltungen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3: 30 PKW Fahrzeitminuten.“	<p>In den der Anlage der Tragenden Gründe zu § 3 zu den Sätzen 3 und 4 heißt es in der Variante A durch den GKV-SV:</p> <p>„Die Erreichbarkeitsschwelle für die Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe wurde auf 40 Pkw-Fahrzeitminuten festgelegt, um eine für den ländlichen Raum realistische Untergrenze zu definieren, die gleichzeitig einen unter medizinischen Gesichtspunkten vertretbaren Schwellenwert darstellt.“</p> <p>Das im Raumordnungsgesetz (ROG) § 2 [1] formulierte Ziel der gleichwertigen Lebensverhältnisse in ganz Deutschland ist zu berücksichtigen. Es bezieht sich ausdrücklich auf die Faktoren Infrastruktur und Daseinsvorsorge.</p> <p>In diesem Sinne widerspricht die DGHWi der Aussage des GKV-SV.</p> <p>Eine qualitativ hochwertige geburtshilfliche Versorgung sollte wohnortnah in allen Landesteilen vorgehalten werden, um gleichwertige Lebensverhältnisse zu gewährleisten. Dies beinhaltet eine entsprechende Erreichbarkeit auch pädiatrischer Abteilungen und kann nicht durch einen „für den ländlichen Raum realistische[n]“ Ist-Zustand begründet werden.</p> <p>Es erscheint nicht gerechtfertigt, dass eine chirurgische bzw. internistische Versorgung schneller gewährleistet sein muss als eine geburtshilfliche und damit auch neonatale, da geburtshilfliche Notfälle Eingriffe erfordern, die sich in ihrer Dringlichkeit nicht von chirurgischen bzw. internistischen Akutsituationen unterscheiden.</p> <p>Bei einer Fahrtzeit zwischen 31 und 45 Minuten erhöht sich das Risiko von Unregelmäßigkeiten der fetalen Herzfrequenz, von grünem Fruchtwasser als Hinweis auf fetalen Stress sowie von ungeplanten, außerklinischen Geburten [2]. Ravelli et al. [3] gehen bereits bei einem Fahrtweg von über 20 Minuten von einem erhöhten Sterberisiko aus. Darüber hinaus steigt die Anzahl präpartaler Krankenhausaufenthalte deutlich an [2].</p> <p>Heller et al. [4] bewerten die Entscheidungs-Eingriffszeit (E-E-Zeit) im Hinblick auf geburtshilfliche Notfälle als einen relevanten Qualitätsfaktor. Eine E-E-Zeit von 20 Minuten wird als protektiv bewertet. Allerdings diskutieren die Autoren auch die Ereignis-Entscheidungs-Eingriffszeit (E-E-E-Zeit) als die möglicherweise bedeutsamere Größe für die Sicherheit von Mutter und Kind. Folgt man dieser Argumentation, so liegt auf der Hand, dass die Anfahrtswege zu einer Klinik in vielen Fällen die E-E-E-Zeit maßgeblich beeinflussen, da die kritischen Ereignisse (vgl. hierzu [2]) keineswegs erst in der Klinik zu erwarten sind. Die Auswirkungen der Entfernungen zur nächsten Klinik auf die perinatale Gesundheit von Mutter und Kind müssen bei der Fahrtzeit berücksichtigt und die Anfahrtswege zur Klinik sollten im Hinblick auf die Qualität der Versorgung und nicht aufgrund von Gegebenheiten kurzgehalten werden.</p> <p>Es ist kaum begründbar, dass Frauen im ländlichen Raum eine Fahrtzeit von 40 Minuten zugemutet wird, um überhaupt geburtshilfliche Versorgung zu erreichen, während in Ballungszentren eine Vielzahl von Kliniken mit hoher Versorgungsstufe finanziert werden. So sind z. B. in Berlin sieben der 19 vorhandenen Geburtskliniken Perinatalzentren Level I, was weit über die Kriterien des SGB V § 12 Satz 1: „ausreichend, wirtschaftlich, zweckmäßig, [...] das Maß des Notwendigen nicht überschreiten[d]“ hinausgeht.</p>

<p>Beschlussentwurf:</p> <p>1. § 3 wird wie folgt geändert:</p> <p>c) entsprechend Position der DKG:</p> <p>In Satz 7 wird nach den Wörtern „dessen Zuschlagsfähigkeit überprüft wird,“ das Wort „zusätzlich“ gestrichen.</p> <p>und</p> <p>d) entsprechend Position der DKG:</p> <p>In Satz 8 wird nach den Wörtern „dessen Zuschlagsfähigkeit überprüft wird,“ das Wort „zusätzlich“ gestrichen.</p>	<p>Die DGHWi schließt sich der Argumentation der DKG an.</p> <p>Durch Lage und Einzugsgebiet eines Krankenhauses kann es sein, dass eine hohe Anzahl von Personen länger als 30 bzw. 40 Minuten PKW-Fahrzeit aufbringen müssen.</p> <p>Diese müssen bei der Ermittlung des Betroffenheitsmaßes bei Schließung einer Klinik ebenfalls berücksichtigt werden, da durch einen Wegfall von Leistungen der Grundversorgung die Fahrzeit für diesen Personenkreis sich weiter erhöhen wird.</p> <p>Dies betrifft auch die Streichung des Wortes „zusätzlich“ in dem eingefügten Satz Nr. 9 vor dem Satz 10.</p>
<p>Beschlussentwurf:</p> <p>„1 Für bestehende Krankenhäuser in Insellage gilt eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung abweichend vom Vorliegen der Voraussetzungen nach § 3 Sätze 2 bis 9 (Betroffenheitsmaß) und abweichend von Absatz 1 (geringer Versorgungsbedarf) grundsätzlich als gegeben.“</p>	<p>Die DGHWi begrüßt die Änderung des zweiten Absatzes in §4 zugunsten von Kliniken in Insellage.</p> <p>Es ist unverhältnismäßig, dass eine schwangere Frau ihre Wohnung, ihre*n Partner*in und ältere Kinder zum Ende der Schwangerschaft verlassen muss, um in einem Hotel in der Nähe einer Klinik auf die Geburt zu warten.</p>
<p>Beschlussentwurf:</p> <p>b) entsprechend Position von DKG/ KBV:</p> <p>In Satz 2 soll nach der Angabe „nach Satz 1“ das Wort „angestellte“ und nach den Wörtern „mindestens einer dieser“ das Wort „angestellte“ gestrichen.</p>	<p>Die DGHWi unterstützt die Streichung des Wortes „angestellt“.</p> <p>In der Position der DKG wird formuliert: „Eine Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe der Krankenhäuser nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 liegt vor, wenn ergänzend zu den Voraussetzungen nach Satz 1 examinierte Hebammen/Entbindungspfleger der Fachabteilung zugeordnet sind und mindestens eine dieser Hebammen/Entbindungspfleger des Krankenhauses jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar ist.“</p> <p>Es entspricht dem aktuellen Stand, dass freiberuflich tätige Hebammen in Kliniken als nicht angestellte Beleghebammen die Dienste im Kreißaal übernehmen.</p>
<p>Synopse</p> <p>§ 5 notwendige Vorhaltungen</p> <p>(4) Sicherstellungszuschläge für Fachabteilungen der Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe können nur unter der Voraussetzung vereinbart werden, dass das Krankenhaus eine Kooperation mit einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin nachweist, soweit es nicht über eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin verfügt.</p>	<p>Die DGHWi weist mit diesem Beispiel auf das Fehlen eines gendergerechten Sprachgebrauchs hin.</p>

Autorinnen:

Elke Mattern, M.Sc. und Prof. Dr. Jessica Pehlke-Milde für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi)

Literatur

1. Raumordnungsgesetz (ROG), § 2 Grundsätze der Raumordnung. Fassung aufgrund des Gesetzes zur Änderung raumordnungsrechtlicher Vorschriften vom 23.05.2017 (BGBl. I S. 1245), in Kraft getreten am 29.11.2017.
2. Combier E, Charreire H, Le Vaillant M, Michaut F, Ferdynus C, Amat-Roze JM et al. Perinatal health inequalities and accessibility of maternity services in a rural French region: closing maternity units in Burgundy. Health & place. 2013;24:225-33. DOI: 10.1016/j.healthplace.2013.09.006
3. Ravelli AC, Jager KJ, de Groot MH, Erwich JJ, Rijninks van Driel GC, Tromp M, Eskes M, Abu-Hanna A, Mol BW. Travel time from home to hospital and adverse perinatal outcomes in women at term in the Netherlands. BJOG. 2011;118(4):457-65. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2010.02816.x
4. Heller G, Schnell R, Richardson DK, Misselwitz B, Schmidt S. Assessing the impact of delivery unit size on neonatal survival: estimation of potentially avoidable deaths in Hesse, Germany, 1990-2000. Deutsche Medizinische Wochenschrift. 2003;128(13):657-62. DOI: 10.1055/s-2003-38284

Best Practice in der interprofessionellen Schwangerenvorsorge

Best Practice in interprofessional antenatal care

Ramona Koch M.Sc.¹, Dr. Christine Loytved MPH¹, Prof. (FH) Martina König-Bachmann MHPE², Susanne Grylka-Bäschlin PhD¹

Abstract

Hintergrund: Obwohl die Vorteile von interprofessioneller Betreuung belegt sind und Schwangere in der Schweiz die Wahlfreiheit haben, wird die Mehrzahl ausschließlich von ärztlicher Seite betreut.

Ziel: Darstellung von Expert*innenwissen zu Einflussfaktoren auf das Gelingen bzw. das Misslingen von interprofessioneller Schwangerenvorsorge durch Hebammen und Gynäkolog*innen.

Forschungsfrage: Wie sieht Best Practice in der interprofessionellen Schwangerenvorsorge durch Hebammen und Gynäkolog*innen in der Schweiz aus?

Methode: Fünf teilstrukturierte Gruppen- und Paarinterviews mit sechs Hebammen und fünf Ärztinnen, die in der Schweiz interprofessionelle Schwangerenvorsorge durchführten. Diese wurden transkribiert und anhand der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse: Es werden Inhalte zu den Best Practice Themen Werte, Wissen und Kontext geliefert. Ein neues Thema, zwischenmenschliche Ebene und Arbeitskultur, wurde als zusätzliches Element einer gelingenden interprofessionellen Schwangerenvorsorge erkannt.

Schlussfolgerung: Es gibt nicht „die beste“ Organisation interprofessioneller Schwangerenvorsorge. Wichtiger ist ein Konzept, welches alle Beteiligten vertreten, und eine gute zwischenmenschliche Beziehung. Die Umsetzung bringt politische, ökonomische, gesellschaftliche und organisatorische Herausforderungen mit sich.

Schlüsselwörter: Schwangerenbetreuung, interdisziplinär, Hebammen, Gynäkolog*innen

Hintergrund:

Obwohl die Vorteile von interprofessioneller Betreuung belegt sind und Schwangere in der Schweiz die Wahlfreiheit haben, wird die Mehrzahl ausschließlich von ärztlicher Seite betreut. Interprofessionelle Schwangerenvorsorge durch Hebammen und Gynäkolog*innen entspricht dem Bedürfnis von Frauen nach hebammengeleiteter Betreuung [24] in Verbindung mit der angenommenen Sicherheit durch medizinische Versorgung [23]. Historisch gesehen war die Schwangerenvorsorge kein traditioneller Betreuungsinhalt wie etwa die Hilfe bei der Geburt [18: S. 24f]. Erst mit finanziellen Anreizen wurde sie Mitte des 20. Jahrhunderts ein Aufgabengebiet niedergelassener Ärzte*Ärztinnen, meist Hausärzte*ärztinnen. Hebammen waren an ihrer Konzeption nicht beteiligt [27: S. 227ff]. Aktuell wächst die Anforderung für eine interprofessionelle Zusammenarbeit auf diesem Gebiet aufgrund besserer medizinischer Outcomes von Müttern und ihrer Kinder, erhöhter Zufriedenheit der Schwangeren [22, 24] und auch aus Gründen der Kosteneffizienz [29].

Interprofessionalität wird als effektive Kollaboration von Fachleuten aus mindestens zwei Professionen definiert [30: S. 5], wobei je nach Aufgabe die dafür am besten qualifizierte Person die Führung übernimmt

Background: Although the advantages of interprofessional care have been proven and pregnant women in Switzerland have free choice of caregivers, most of them are cared for exclusively by physicians.

Objective: To collect expert knowledge on the factors determining success or failure of interprofessional collaboration between midwives and gynaecologists within antenatal care in Switzerland.

Research question: What does best practice look like in interprofessional antenatal care provided by midwives and gynaecologists in Switzerland?

Methods: Five semi-structured dyadic and group interviews with six midwives and five gynaecologists who provide interprofessional antenatal care in Switzerland. Interviews were transcribed verbatim and qualitative content analysis was applied.

Findings: Content was provided to topics of best practice like values, knowledge and context. A new topic, interpersonal relationships and workplace culture, emerged as an additional element for the success of interprofessional antenatal care.

Conclusions: A “best” internal organisation for interprofessional collaboration does not exist. More important are a clear concept, supported by all participants, and good interpersonal relationships among caregivers. Implementation presents political, economic, social and organisational challenges.

Keywords: prenatal care, interdisciplinary, midwives, gynaecologists

[10: S. 5f]. Best Practice ist diejenige Vorgehensweise, mit der das Optimum im jeweiligen Interessensgebiet erreicht werden kann. Nach Bavier und Schwager [3] bilden Werte, Wissen und Kontext, wie sie Broesskamp-Stone et al. [6] beschreiben, die Eckpfeiler, auf denen die Best Practice der Berufsausübung der Hebammen aufbaut (siehe Abbildung 1).

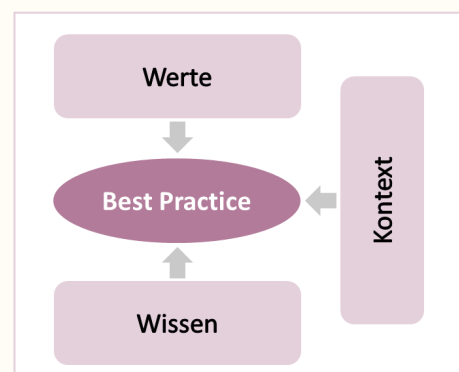


Abbildung 1: Drei Dimensionen von Best Practice in der Gesundheitsförderung [6]

Es existiert kein einheitlicher Standard zum Inhalt und zum Ablauf der Schwangerenvorsorge in der Schweiz, ebenso gibt es keinen nationalen Mutterpass. Die große Mehrzahl der Schwangeren wird derzeit außerhalb von Kliniken durch Gynäkolog*innen betreut [13]. Seit 2017 ist es jedoch gesetzlich geregelt, dass bei physiologischen Schwangerschaftsverläufen sowohl Hebammen wie auch Gynäkolog*innen berechtigt sind, alle Schwangerschaftskontrollen durchzuführen [8].

Forschungsstand

Zum Thema Best Practice in der interprofessionellen Schwangerenvorsorge liegen eine Arbeit aus den USA [22], jeweils zwei Studien aus den Niederlanden [21, 25] und Kanada [5, 20] sowie vier Arbeiten aus der Schweiz [1, 2, 11, 19] vor. Fünf Arbeiten präsentieren Ansichten und Wünsche zur interprofessionellen Zusammenarbeit von Hebammen und Gynäkolog*innen während der Schwangerenvorsorge in bestehenden Konstellationen [5, 11, 21, 22, 25]. Vier Studien [1, 2, 19, 20] beziehen sich auf die Erwartungen der Fachpersonen und Schwangeren bezüglich geplanter Projekte.

Interprofessionelle Bedarfsabklärung: USA

In den USA zeigt ein Modellversuch [22], dass es sinnvoll ist, Frauen mit besonderen Problemen einen Termin anzubieten, an dem sie den speziellen Bedarf während ihrer Schwangerschaft mit der Hebamme und der ärztlichen Fachperson gemeinsam besprechen können. Die verschiedenen Betreuungsangebote der beiden Berufsgruppen können auf die individuellen Bedürfnisse der Schwangeren abgestimmt und somit Widersprüche vermieden werden. Die Studie ist die einzige, die eine Besprechung mit beiden Fachpersonen in einem Raum untersucht.

Systeme mit primary care: Niederlande und Kanada

Die strikte Einteilung in ein Betreuungslevel erschwert in den Niederlanden eine flexible Zusammenarbeit der Fachpersonen [25]. Um den Zugang zu mehreren Fachpersonen niederschwellig zu halten und einen regelmäßigen Austausch untereinander zu ermöglichen, sollten die Fachpersonen am selben Standort arbeiten [21]. Beide Studien bemängeln, dass es kein einheitliches Dokumentationssystem gibt. Schölmerich et al. [25] ergänzen, dass auch das Vergütungssystem oft keinen finanziellen Anreiz für die Zusammenarbeit von Hebammen und Gynäkolog*innen bietet.

Auch in Kanada wird diese Trennung als negativ eingestuft: Die Abrechnungssysteme der verschiedenen Berufsgruppen sind unterschiedlich aufgebaut und daher seien verschiedene Dienstleistungen schwierig zu kombinieren [20]. Auch fehle es dazu oft an zeitlichen und räumlichen Ressourcen [5].

Die Forschungsgruppen aus beiden Ländern sind sich einig, dass Hebammen und Gynäkolog*innen unterschiedliche Ansichten zur Schwangerschaft haben, die wiederum ihre Schwangerenvorsorge prägen [5, 21]. Durch die verschiedenen Herangehensweisen mangle es an gegenseitigem Vertrauen, insbesondere bei der Indikation für Interventionen [5]. Es fehle an gemeinsamen Werten und Zielen, an Wissen über den Tätigkeitsbereich der jeweils anderen Berufsgruppe und an Wertschätzung [21, 25]. Das Konkurrenzdenken zwischen den verschiedenen Berufsgruppen in der Geburtshilfe wird in allen vier Studien thematisiert [5, 20, 21, 25]. Auf der organisatorischen Ebene werden gemeinsam erarbeitete, berufsübergreifend einheitliche Flusspläne empfohlen, welche den Ablauf und den Inhalt der Betreuung regeln [20,

21]. Durch die Zusammenarbeit fürchten beide Berufsgruppen finanzielle Einbußen und den Verlust ihrer Autonomie [5, 21]. Für eine gut funktionierende und zufriedenstellende Zusammenarbeit benötigt es gegenseitigen Respekt, Vertrauen, offene Kommunikation, Klarheit bezüglich der Rollen und der Verantwortungsbereiche, eine gemeinsame Entscheidungsfindung und Flexibilität für die fachübergreifende Betreuung [20, 21, 25]. All dies entwickelt sich erst durch eine enge Zusammenarbeit und einen häufigen Austausch in Form von Teambesprechungen sowie im informellen Rahmen [20]. Eine Studie beschreibt eine teilweise negative Auffassung von Ärzt*innen und Krankenpflegenden gegenüber der Hebammenarbeit [20]. Den Ursprung dessen identifizieren sie im Fehlen von Erfahrungen in der interprofessionellen Zusammenarbeit. Mehrere Forschende empfehlen daher, dass Ärzte*Ärztinnen während ihrer Ausbildung einen Einblick in die Arbeit der Hebammen erhalten sollten [20, 25].

Erkenntnisse aus der Schweiz

Schwangere sind mit der Betreuung in einer hebammengeleiteten geburtshilflichen Abteilung eines Schweizer Universitätsspitals zufriedener als mit dem herkömmlichen Modell [11]. Aus Sicht der Schwangeren und Fachpersonen erschweren folgende Faktoren die Einführung einer hebammengeleiteten geburtshilflichen Abteilung in einem Schweizer Universitätsspital: Möglicherweise fühlen sich Frauen während der Schwangerschaft in den Händen von Gynäkolog*innen sicherer als bei Hebammen. Zudem fehle die Bereitschaft von Gynäkolog*innen, gewohnte Abläufe zu verändern und den Hebammen mehr Verantwortung zu übertragen [19]. Es wird zudem befürchtet, dass die Ärzte*Ärztinnen während ihrer Ausbildung kaum noch Erfahrungen mit physiologischen Verläufen sammeln können [19]. Eine Evaluation im staatlichen Auftrag zu förderlichen und hinderlichen Faktoren für die Umsetzung in der Schweiz bestätigte die Erkenntnisse zur interprofessionellen Schwangerenvorsorge aus den anderen Ländern [1]. Gynäkolog*innen wünschen sich eine Kriterienliste für die Überweisung in die ärztliche Versorgung [19]. Beide Professionen könnten von praktischen Erfahrungen in der Schwangerenvorsorge während der Ausbildung profitieren [2]. Daher stellt sich die Frage, wie Best Practice in der interprofessionellen Schwangerenvorsorge durch Hebammen und Gynäkolog*innen in der Schweiz umgesetzt werden kann.

Ziel und Forschungsfrage

Werte der Fachpersonen in der Schweiz sowie förderliche und hinderliche Faktoren für die interprofessionelle Zusammenarbeit sollen evaluiert und auf der Grundlage des Best-Practice-Konzepts analysiert werden, um folgende Forschungsfrage zu beantworten: Wie sieht Best Practice in der interprofessionellen Schwangerenvorsorge durch Hebammen und Gynäkolog*innen in der Schweiz aus? Die Erkenntnisse sollen als Grundlage für Strategien zur Umsetzung einer zufriedenstellenden, nachhaltigen, interprofessionellen Zusammenarbeit nicht nur innerhalb der Schweiz dienen.

Methode

Es wurde ein qualitatives Studiendesign mit leitfadengestützten Gruppen- sowie Paarinterviews mit Expertinnen [16: S. 148, 12: S. 111] gewählt. Nach Beurteilung der Ethikkommission des Kantons Zürich fällt diese Studie nicht in den Geltungsbereich des Humanforschungsgesetzes (BASEC-Nr. Req-2018-00401).

Im Mai 2018 wurden über den Schweizerischen Hebammenverband alle Hebammen der Region Zürich per E-Mail angeschrieben und zusätzlich der direkte Kontakt, auch über die Region Zürich hinaus, gesucht. Einschlusskriterium zur Teilnahme war einzig die Durchführung von interprofessioneller Schwangerenvorsorge durch Hebammen und Gynäkolog*innen. Von den Krankenhäusern kamen Absagen, vor allem aus Kapazitätsgründen.

Die systematische Literaturrecherche erfolgte mit den einschlägigen key words in Kombination mit passenden Booleschen Operatoren u.a. in den Datenbanken CINAHL und PubMed. Aktuelle Forschungserkenntnisse (bis Ende 2018) flossen in den semistrukturierten Interviewleitfaden nach dem SPSS-Prinzip [14: S. 182] ein. Die fünf Paar- und Gruppeninterviews mit bestehenden interprofessionellen Teams wurden von der Erstautorin in Anwesenheit einer Protokollantin im Jahr 2018 durchgeführt (Dauer durchschnittlich 57 Minuten, min. 39 und max. 84 Minuten). Es wurde versucht, die Antworten der Befragten so wenig wie möglich zu beeinflussen, um die interne Validität der Datenerhebung zu gewährleisten [26, 16: S. 56]. Alle Interviews wurden auditiv aufgezeichnet sowie Kernaussagen der Teilnehmerinnen und Beobachtungen zu deren Interaktion schriftlich festgehalten [7: S. 81]. In Anlehnung an Kruse [16: S. 354] wurden die Aufnahmen mit der Software f4transkript [9] transkribiert, dem Schriftdeutsch angepasst und mit der Software Atlas.ti, Version 8 ausgewertet. Die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz [17: S. 109ff] fand fortlaufend und parallel zur Datenerhebung statt. Die Inhalte wurden in einem wechselseitigen deduktiven und induktiven Verfahren kodiert, in Hauptkategorien gruppiert und in Beziehung gesetzt [4: S. 223ff]. Als orientierende Grundlage für die Kategorienbildung dienten die Themenbereiche des Interviewleitfadens. Jedoch konnten im zweistufigen Kodierungsprozess auch neue Codes dazugewonnen und bestehende Codes umformuliert werden. Zur Validierung des Codesystems [16: S. 56] wurden einzelne Textabschnitte darüber hinaus unabhängig von der Letztautorin bearbeitet. Die Ergebnisse wurden anschließend besprochen und bei Bedarf fand eine Anpassung des Codesystems statt. Zur Überprüfung der intersubjektivität und der Transparenz diente die detaillierte Dokumentation aller Forschungsschritte. Zusätzlich wurde die Darstellung der Ergebnisse den Interviewpartnerinnen in schriftlicher Form gesendet und von ihnen in Bezug auf die Stimmigkeit überprüft.

Ergebnisse

Sechs Hebammen und fünf Ärztinnen, aus total fünf Praxen haben an den Interviews teilgenommen. Sie sind seit zehn bis 31 Jahren im Beruf (im Durchschnitt 23 Jahre). Drei Personen waren im ersten Jahr in der jeweiligen Praxis tätig und andere bereits 38 Jahre. Sieben Teilnehmerinnen arbeiteten mit einem Pensum von 90-100%, zwei lediglich zu 10% und zwei zu jeweils 40% bzw. 60%. Auch die Organisation innerhalb der Praxen unterscheidet sich. In einer Praxis ist die Hebamme bei der Gynäkologin angestellt. In einer anderen Praxis ist ebenfalls die Gynäkologin die Praxiseigentümerin, doch die Hebamme ist selbstständig und mietet sich an einem fixen Tag bei ihr ein. Sie dokumentiert im gleichen System, rechnet ihre Leistungen aber separat ab. Zwei weitere Teams arbeiten je in einer großen Gemeinschaftspraxis mit weiteren Fachpersonen zusammen. In einer Praxis sind beide, die Hebamme und die Gynäkologin, angestellt und alle administrativen Tätigkeiten

laufen über die Praxis. In der anderen Praxis sind laut Vertrag die Hebammen bei den Ärztinnen angestellt. Was das Mitspracherecht bei Entscheidungen sowie den Stundenlohn angeht, sind jedoch alle gleichgestellt. Die fünfte Praxis wurde durch eine der Hebammen gegründet, jedoch sind alle Fachpersonen selbstständig tätig. Alle Institutionen nutzen einen Flussplan. Dieser ist jedoch von Praxis zu Praxis unterschiedlich detailliert ausformuliert.

Die Aussagen der Interviewteilnehmerinnen wurden in vier Themen zusammengefasst. Dabei konnten alle drei Dimensionen des Best-Practice-Konzeptes berücksichtigt und ein neues Thema entwickelt werden (siehe Abbildung 2).



Abbildung 2: Darstellung der Ergebnisse im Rahmen von Best Practice

Werte

Die interprofessionelle Zusammenarbeit wird von den Hebammen als Entlastung empfunden: Sie schätzen die Möglichkeit, bei Auffälligkeiten während der Schwangerschaftskontrolle jederzeit die Gynäkologin hinzuziehen zu können. So lastet nicht die gesamte Verantwortung auf einer Person:

„Für mich ist das tiptopp so. Auf eine Art auch Sicherheit und auch mit jemandem besprechen zu können, ob das jetzt eine andere Hebamme ist, oder eine Ärztin.“ (Hebamme B)

Die befragten Hebammen sehen es als wertvoll an, dass sie effizienter sind, wenn sie in einer Praxis mehrere Schwangerschaftskontrollen nacheinander machen können, anstatt dafür zu den Frauen nach Hause fahren zu müssen. Die Kosten für die Räumlichkeiten und Geräte können geteilt werden. Auch das Netzwerk mit anderen Fachpersonen wird genutzt, wie z.B. mit einem externen Labor. Die Gynäkologinnen schätzen es, dass die Hebammen Aspekte der Begleitung von Schwangeren übernehmen, die während einer ärztlichen Routinekontrolle zu wenig Zeit und Raum finden. Sowohl die Hebammen wie auch die Gynäkologinnen betonen, dass sie durch die enge Zusammenarbeit voneinander profitieren. Zwei Gynäkologinnen haben Hebammen in die Anwendung vom Ultraschallgerät zur Lagekontrolle eingeführt.

In allen fünf Praxen arbeiten die Fachpersonen gemeinsam am gleichen Standort. Durch die Zusammenarbeit verschiedener Fachpersonen kann das Betreuungsangebot in der jeweiligen Praxis erweitert werden.

Zwei Gynäkologinnen betonen, dass es ihnen ein Anliegen ist, auch noch physiologische Schwangerschaften begleiten zu können.

„Ich finde es so, wie wir hier organisiert sind, sehr sinnvoll. Jede macht alles während einer Kontrolle. [...] Das finde ich großartig.“ (Ärztin C)

Wenn allerdings mehrere Fachpersonen zusammenarbeiten und nicht alle gleichermaßen hinter dem Konzept stehen, kann dies schwierig werden.

„Und andererseits zum Teil etwas harzig, weil es auch Gynäkologinnen gegeben hat und auch noch gibt, die nicht abgeben wollen, die eigentlich lieber alle Kontrollen selbst machen wollen. [...] Dort muss ich jeweils wieder fragen ‘du, warum ist die Frau jetzt nicht bei mir? Wir haben doch klare Regeln’ und so.“ (Hebamme H)

Wissen

Damit die Zusammenarbeit gut funktioniert, sei es wichtig, ein klares Konzept zu entwickeln, welches alle vertreten und das gesamte Klientel konsequent als Team zu betreuen. Zwei Hebammen beschreiben, dass es am Anfang Mut gebraucht habe, die Kontrollen im ersten und zweiten Trimenon zu übernehmen, da sie darin wenig praktische Erfahrungen hatten. Das theoretische Wissen sei aber vorhanden, sodass sie sich nach kurzer Zeit sicher fühlten.

Alle Institutionen arbeiten nach einem Flussplan und sind sich einig, dass dies wichtig ist, damit keine Informationen oder Untersuchungen untergehen oder doppelt durchgeführt werden. Bezüglich der Arbeitsorganisation innerhalb des Teams und der Inhalte der einzelnen Kontrollen unterscheiden sich die fünf Praxen teilweise stark. In drei Praxen ist definiert, welche Kontrollen in welcher Schwangerschaftswoche durch die Hebamme und welche durch die Gynäkologin durchgeführt werden. In zwei dieser Praxen übernehmen die Hebammen die physiologischen Schwangerschaftskontrollen selbstständig und tragen auch die volle Verantwortung. Sie haben jedoch die Möglichkeit, nach eigenem Ermessen die Gynäkologin hinzuzuziehen. Bei Pathologien wird individuell entschieden, ob zuerst die Gynäkologin einen Ultraschall macht und dann die Hebamme die restliche Kontrolle durchführt oder ob die gesamte Kontrolle bei der Gynäkologin stattfindet.

Eine der Hebammen spricht sich vor oder nach jeder Schwangerschaftskontrolle mit der Gynäkologin ab, die die Hauptverantwortung trägt. Die Hebamme führt hauptsächlich physiologische Kontrollen durch, die Grenzen ihrer Kompetenzen sind klar geregelt. Eine weitere Praxis hat festgelegt, in welcher Schwangerschaftskontrolle welche Inhalte stattfinden sollen. Jedoch ist dies unabhängig von der Berufsgruppe. Da die Ultraschallkontrollen alle separat in einer externen Institution durchgeführt werden, können die Hebammen und Ärztinnen alle Schwangerschaftskontrollen in ihrer Praxis gleichermaßen durchführen. Dies gilt auch für die Arbeiten rundherum.

„Ich finde es so, wie wir hier organisiert sind, sehr sinnvoll. Jede macht alles während einer Kontrolle. [...] Großartig.“ (Ärztin C)

In einer Praxis werden die Schwangeren hauptsächlich von den Hebammen oder bei Bedarf im Wechsel von der Gynäkologin betreut. Diese wird für Ultraschallkontrollen oder zur Beratung hinzugezogen.

Im Zusammenhang mit der Rolle der Gynäkologin wurden von allen Expertinnen der Ultraschall zur Überwachung der kindlichen Entwick-

lung, der Plazentafunktion und Zervixlänge und zur frühen Erkennung von Abweichungen genannt. Da Hebammen nur begrenzt Medikamente abgeben dürfen, gehört auch deren Verschreiben zu den ärztlichen Kompetenzen innerhalb der Schwangerenvorsorge. Darüber hinaus wird die Aufklärung über mögliche Risiken und Möglichkeiten der pränatalen Diagnostik von einer Gynäkologin klar zu ihren Aufgaben gezählt. Zwei Gynäkologinnen betonen, dass es ihnen ein Anliegen ist, auch noch physiologische Schwangerschaften begleiten zu können und nicht nur bei Abweichungen hinzugezogen zu werden.

Für die Hebammen sowie für die Gynäkologinnen ist die Vernetzung mit anderen Fachpersonen in der Schwangerenvorsorge essenziell. So kann gezielt den individuellen Bedürfnissen der Schwangeren entsprochen werden.

Kontextfaktoren

Die Hebammen und Gynäkologinnen aus drei Praxen kritisieren, dass sich die Inhalte der Schwangerenvorsorge zunehmend auf das Erkennen von möglichen Pathologien konzentrieren. Es ist schwierig, innerhalb dieser Richtlinien den individuellen Bedürfnissen von Schwangeren gerecht zu werden. Es wird gefordert, dass die Betreuung durch Hebammen vom System gefördert wird. Die Schwangerschaftsvorsorge sei bislang geleitet von der Angst, etwas zu übersehen. Das Vertrauen, dass die Schwangerschaft gesund verläuft, sei immer weniger vorhanden.

„Manchmal finde ich, braucht es sehr viel Mut, sich am Gesunden zu orientieren. [...] Gynäkologen [...] machen auch immer weniger diese gewöhnlichen Dinge, einfach, weil sie Angst haben. Und das finde ich keine gute Entwicklung.“ (Ärztin C)

Dass eine Schwangerschaftskontrolle bei einer Hebamme deutlich weniger Einnahmen generiert als eine Konsultation bei der Gynäkologin, macht die Zusammenarbeit mit einer Hebamme wirtschaftlich unattraktiv. Der gesundheitliche und der wirtschaftliche Benefit der Hebammenarbeit wurden noch zu wenig belegt und daher von den Krankenkassen noch zu wenig honoriert. Die Expertinnen wünschen sich generell, mehr Zeit pro Kontrolle bezahlt zu bekommen. So könnten sie die Schwangeren besser beraten und auf deren Fragen eingehen.

„Einbezogen zu sein, selbstbestimmt, gut informierte Entscheidungen zu treffen. Das braucht Zeit. Und es IST aufwendig. Und dafür ist niemand bereit, auch nur einen Franken zu bezahlen. NIEMAND. Also es wird bezahlt, jeder apparative Aufwand. Aber es wird nicht das Gespräch bezahlt.“ (Ärztin K)

Die Fachpersonen wünschen sich mehr Aufklärungsarbeit in Bezug auf die Möglichkeiten der Betreuung und die Wahlfreiheit, welche die Schwangeren in der Schweiz haben.

Verschiedene Expertinnen äußern, dass in der praktischen ärztlichen Ausbildung oft zu wenig über die Physiologie der Schwangerschaft gelernt wird. Sowohl die Gynäkologinnen wie auch die Hebammen haben während ihrer Ausbildung kaum Erfahrungen in der kontinuierlichen Begleitung von Schwangeren und besonders von Frauen in der Frühschwangerschaft sammeln können.

„Weder als Arzt noch als Hebamme lernt man das. [...] Weil als Assistenzarzt hat man ja keine Sprechstunde.“ (Ärztin E)

Die Expertinnen sind sich einig, dass die Zusammenarbeit in der Praxis gefördert werden muss.

„Weil, vor allem im Studium, ist es ja so, dass die Ärzte sich noch gar nicht festlegen müssten, in welche Richtung sie gehen. Und wenn sie sich dann spezialisieren, haben sie ja gar keine Vorlesungen mehr. Ähm. Ich denke, [...], es ist schon in den Kliniken, in denen man beginnt, praktisch zu lernen.“ (Hebamme B)

Durch eine enge Zusammenarbeit sollen der Blickwinkel für die Arbeit sowie die Kompetenzen der anderen Fachpersonen erweitert werden und so auch mehr Verständnis entstehen. Dies beginne im Idealfall schon während der Ausbildung oder in den ersten Berufsjahren.

„Wenn man mehr Verständnis hätte, für die andere Arbeit, eben z.B. durch das GEMEINSAME Arbeiten, würden die Frauen davon profitieren. Das liegt am Willen jedes Einzelnen. Dass man als Hebamme, z.B. einen jungen Assistenten mitnimmt.“ (Hebamme L)

In Bezug auf die theoretischen Grundlagen fühlen sich die Expertinnen gut ausgebildet und es bestehe auch ein umfassendes Weiterbildungsangebot.

Zwischenmenschliche Ebene und Arbeitskultur

Faktoren, welche die zwischenmenschliche Beziehung der Teammitglieder betreffen, spielen eine zentrale Rolle für eine gute Zusammenarbeit. Diesbezüglich sind sich alle Expertinnen einig. Das Verfolgen einer gemeinsamen Idee motiviere und halte das Team zusammen. Dafür sei es wichtig, dass sich die Fachpersonen kennen und über ihre medizinische Einstellung und Vorstellung von Schwangerenvorsorge austauschen können. Die Expertinnen investieren viel Zeit in Beziehungsaufbau. Dies benötigt eine offene Kommunikation und die Bereitschaft aller Teammitglieder hierzu.

„Offene Kommunikation ist das Wichtigste. Dass man einander auch mal sagt, wenn man mit etwas nicht einverstanden ist.“ (Ärztin E)

Ein weiterer zentraler Aspekt für eine gute Zusammenarbeit ist laut den Expertinnen, dass alle sich gegenseitig gut kennen und vollständig vertrauen. Eine Voraussetzung für dieses Vertrauen besteht darin, dass die Fachpersonen sorgfältig arbeiten und ihre Kompetenzgrenzen kennen und einhalten. Gleichzeitig muss die Möglichkeit bestehen, dass man sich bei Unsicherheiten besprechen kann.

„Und uns gegenseitig trauen, dass wir das bis zu diesem Punkt machen, bis zu dem wir es können, und danach nicht mehr. Also dann realisieren, jetzt geht es zu weit, jetzt muss ich sie abgeben. Sei es ans Spital, sei es dies mit einer Ärztin zu besprechen.“ (Hebamme D)

Die Expertinnen sind der Ansicht, dass genau dieses Vertrauen vielen Fachpersonen fehlt und dies eines der Hindernisse für eine Zusammenarbeit darstellt.

„Es gibt nicht viele Ärzte, die den Hebammen so vertrauen, dass diese äh wirklich die Verantwortung an die Hebamme abgeben.“ (Ärztin E)

Für die Expertinnen ist es zielführend, dass sich alle respektvoll und auf Augenhöhe begegnen. Dies praktizieren sie untereinander und auch mit

den Klientinnen. Damit dies in der Zusammenarbeit Normalität wird, braucht es Vorbilder. Der respektvolle Umgang unter den Fachpersonen sollte auch von den Vorgesetzten gelebt werden.

Laut den Expertinnen ist die Konkurrenz zwischen Hebammen und Gynäkolog*innen stark, wenn es um die Betreuung von Schwangeren geht. Dies erschwert nicht nur den Fachpersonen die Arbeit, sondern wirkt sich auch auf die Betreuungsqualität aus. Es werde als persönliches Versagen interpretiert, wenn andere Fachpersonen hinzugezogen werden (müssen).

„Dass man sich dann nicht zu sehr in den Mittelpunkt stellt. [...] Die Hebamme meint, sie ist wichtiger als der Arzt. Und der Arzt meint, ha, ohne mich kann die gar nichts. Darum, ich zeige dann schon, dass sie es nicht richtig gemacht hat.“ (Ärztin A)

Die Expertinnen vermuten einen historischen Ursprung bei diesem Konkurrenzdenken. Die beiden Professionen kämpfen schon viele Jahre um ihre Kompetenzen in der Betreuung von Schwangeren.

„Ähm, wie ich finde, das ist halt auch eine alte Geschichte. Und auch zum Teil sehr tief verfahren und nicht mehr gut machbar. Vor allem so bei älteren Hebammen. [...] ich weiß, das gibt es auf beiden Seiten. Da gibt es auch Ärzte, die sagen, die Hebammen können nichts.“ (Ärztin A)

Oft stehen Vorurteile der anderen Berufsgruppe gegenüber im Raum oder es wird als persönliches Versagen oder Inkompetenz empfunden, sofern eine andere Fachperson zugezogen wird.

Nach der Ansicht der Expertinnen liegt der Grund für ausbleibende Veränderungen nicht darin, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit Nachteile für die Fachpersonen hätte. Vielmehr sei der Grund, dass Veränderungen mit Aufwand verbunden wären und die Komfortzone verlassen werden müsste. Vielen sei es daher lieber, ihre Vorsorgen weiterhin so zu machen, wie sie es ‚schon immer‘ gemacht haben.

Diskussion

Die vorliegende Studie präsentiert Erfahrungen und Erkenntnisse von Hebammen und Gynäkologinnen mit interprofessioneller Schwangerenvorsorge in der Schweiz. Folgende Inhalte für Best Practice konnten ausgemacht werden:

Als Werte bezeichneten die Expertinnen die berufliche und persönliche Bereicherung durch regelmäßigen Austausch, die Erweiterung des Angebots durch die Ergänzung von unterschiedlichen Kompetenzen sowie die Betonung auf den Wert der Physiologie. Wie eine frühere Studie [22] erkennen auch die Expertinnen, dass durch die interprofessionelle Zusammenarbeit mehr Flexibilität und ausreichend Raum für individuelle Bedürfnisse geschaffen wird. Die Kombination verschiedener Aufgabenbereiche in der interprofessionellen Zusammenarbeit ermöglicht eine Kontinuität in der Betreuung über einen längeren Zeitraum als die Begleitung durch eine einzige Berufsgruppe – dieses Ergebnis deckt sich mit den Ansichten von Schwangeren in einer hebammengeleiteten geburtshilflichen Abteilung der Schweiz [11]. Aus der Perspektive der befragten Fachpersonen wird die Qualität der Schwangerenvorsorge durch eine gute Zusammenarbeit von Hebammen und Gynäkolog*innen verbessert, was sich mit den Erkenntnissen anderer Forschungsarbeiten deckt [1, 5, 22].

Für den Faktor Wissen erscheint eine Vernetzung mit anderen Fachpersonen hilfreich. Um Verunsicherung zu vermeiden, sollten Flussplan, Arbeitsaufteilung und Verantwortlichkeiten sowie die Rolle und Aufgabenbereiche der Fachpersonen innerhalb des Teams klar festgelegt sein. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie bestätigen frühere wissenschaftliche Erkenntnisse, dass für die Zufriedenheit aller Beteiligten und für eine gute Qualität der Betreuung auch eine gute Kommunikation unter den Fachpersonen wichtig ist [1, 21] und ein national einheitliches Dokumentationssystem die Kommunikation deutlich vereinfachen würde [2, 20, 21, 25].

Förderliche Kontextfaktoren wie gesetzliche Vorgaben und Leitlinien sowie finanzielle Entschädigung und Wirtschaftlichkeit wurden auch in drei früheren Studien genannt [1, 2, 25]. Ein einheitliches System zur Abrechnung sowohl ärztlicher als auch Hebammenleistungen erscheint dabei effizient. Ausbildungsinhalte werden von den Befragten wie auch von anderen Studien als wesentlich bezeichnet: Während der theoretischen Ausbildung sollten interprofessionelle Elemente eingebaut werden [2, 19]. Mehr Ausbildungsinhalte zu den physiologischen Abläufen einer Schwangerschaft sind ins Medizinstudium zu integrieren [15, 20, 21, 25]. Durch die Akademisierung der Hebammen wird eine Annäherung der beiden Berufsgruppen auf Augenhöhe erwartet [21].

Zusätzlich zu den Aspekten von Best Practice wurde als ein wesentliches Kriterium von den befragten Expertinnen die zwischenmenschliche Ebene und gemeinsame Arbeitskultur genannt. Dazu gehören gemeinsame Haltung und Ziele, Sympathie, gegenseitiges Vertrauen sowie respektvoller Umgang und Wertschätzung. Hilfreich sind entsprechende Erfahrungen im Werdegang der Fachpersonen. Als Hindernisse können Konkurrenzdenken und fehlende Bereitschaft für Veränderungen bezeichnet werden. Auch hier gibt es Übereinstimmungen mit anderen Studien: Wichtig sind gemeinsame Werte und Philosophien der Fachpersonen [5, 21, 25]. Die Teammitglieder müssen sich vertrauen und einander sympathisch sein [20]. Das Konkurrenzdenken wurde ebenfalls in einigen Forschungsarbeiten thematisiert [5, 20, 21, 25]. Gründe dafür seien laut den Interviewpartnerinnen Vorurteile gegenüber der anderen Berufsgruppe, Stolz, Angst vor dem Verlust der

Autonomie und unter Umständen der Werdegang der Fachpersonen. Es müssen flache Hierarchien geschaffen werden, um diesem Konkurrenzkampf entgegenzuwirken [5]. Erreicht wird dies durch einen respektvollen Umgang und Klarheit bezüglich der Rollen und der Verantwortungsbereiche des Anderen, gemeinsame Entscheidungsfindung und Flexibilität der einzelnen Teammitglieder [1, 20, 21, 25].

Die Gruppe der Befragten ist recht klein, weshalb die Ergebnisse nicht verallgemeinert werden dürfen. Da sich jedoch die Art der Zusammenarbeit in den fünf befragten Praxen deutlich unterscheidet, konnten vielseitige Aspekte berücksichtigt werden. Die gemeinsame Befragung von jeweils Hebammen und Gynäkologinnen einer Praxis wurde bewusst gewählt. Durch die Interaktion und die Diskussionen der Teilnehmerinnen konnten in den Interviews einerseits zusätzliche Informationen gewonnen werden, andererseits kann nicht ausgeschlossen werden, dass Antworten möglicherweise „praxiskonform“ gegeben wurden.

Schlussfolgerung

Die Umsetzung von interprofessioneller Schwangerenvorsorge durch Hebammen und Gynäkolog*innen in der Schweiz birgt politische, ökonomische, gesellschaftliche und organisatorische Herausforderungen in sich. Sie kann sowohl für die Fachpersonen wie auch für die Schwangeren und sogar für das Gesundheitswesen Vorteile bringen.

Für die Praxis bedeutet dies: Sowohl die Hebammen wie auch die Gynäkolog*innen verfügen über eine gute theoretische Ausbildung zur Schwangerenvorsorge. Es fehlt jedoch beiden an praktischer Erfahrung. Besonders die Betreuung von Frauen in der Frühschwangerschaft sollte während der Ausbildung beider Professionen stärker vertieft werden. Auch die Zusammenarbeit in interprofessionellen Teams müsste bereits während der Ausbildung beginnen.

Diese Erkenntnisse können zur Umsetzung von Best Practice der interprofessionellen Zusammenarbeit nicht nur innerhalb der Schweiz dienen.

Institution: ¹ Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur, Schweiz; ² fhg – Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol, Innsbruck, Österreich. Diese Arbeit wurde im Rahmen einer Masterarbeit im Studiengang Advanced Practice Midwifery an der fhg Tirol erstellt.

Interessenkonflikt: Die Autorinnen erklären, dass keinerlei finanzieller/materieller oder immaterieller Interessenskonflikt besteht.

Review-Verfahren: Eingereicht am: 30.9.2020, angenommen am: 22.2.2021

Kontakt: ramona.koch@gmx.ch

Literatur:

- Atzeni G, Schmitz C, Berchtold P. Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. Swiss Academies Reports. 2017;12(2). [Zugriff: 10.11.2020]. Verfügbar unter: http://www.u-change.ch/dms/publikationen/12/studie_samw_interprofessionalitaet_2016/report1202d_interprofessionalitaet%20C3%A4t.pdf
- Aubry E, Cignacco E. Hebammengeleitete Geburtshilfe im Kanton Bern. Ein Expertinnen- und Expertenbericht. Bern; 2015. [Zugriff: 10.11.2020]. Verfügbar unter: <https://www.bfh.ch/dam/jcr:6a91b3a3-baa5-4824-bbbc-20439fa74b18/projektbericht-hebammengeleitete-geburtshilfe-im-kanton-bern.pdf>
- Bavier U, Schwager M. Best Practice in der Hebammenarbeit - eine Anleitung für bestmögliche praktische Arbeit. Qualifikationsarbeit an der Donau-Universität Krems; 2009. [Zugriff: 10.11.2020]. Verfügbar unter: <http://webthesis.donau-uni.ac.at/thesen/50214.pdf>
- Bazeley P. Qualitative data analysis: Practical strategies. London: Sage Publications Ltd.; 2013.
- Behruzi R, Klam S, Dehertog M, Jimenez V, Hatem M. Understanding factors affecting collaboration between midwives and other health care professionals in a birth center and its affiliated Quebec hospital: a case study. BMC Pregnancy Childbirth. 2017;17(200):36–50. DOI: 10.1186/s12884-017-1381-x.
- Broesskamp-Stone U, Ackermann G, Ruckstuhl B, Steinmann R. Best Practice - Ein normativer Handlungsrahmen für optimale Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. [Zugriff: 10.11.2020]. Verfügbar unter: <https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/wirkungsmanagement/best-practice/Best-Practice-Konzept.pdf>

7. Brüsemeister T. Qualitative Forschung: Ein Überblick. Wiesbaden: Springer Verlag; 2008.
8. Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG); 1994. [Zugriff: 10.11.2020]. Verfügbar unter: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html>
9. Dr. Dresing & Pehl GmbH. f4transkript. audiotranskription; 2018.
10. Eidgenössisches Departement des Innern (EDI), Bundesamt für Gesundheit (BAG). Förderprogramm Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017 - 2020. 2017. [Zugriff: 10.11.2020]. Verfügbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet/phase-1-2017-2020-Forschung.html>.
11. Floris L, Irion O, Bonnet J, Politis Mercier MP, de Labrusse C. Comprehensive maternity support and shared care in Switzerland: Comparison of levels of satisfaction. *Women and Birth*. 2018;31(2):124–133. DOI: 10.1016/j.wombi.2017.06.021.
12. Gläser J, Laudel G. Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: Springer Verlag; 2010.
13. Grylka-Bäschlin S, Borner B. Ausführlicher Statistikbericht der frei praktizierenden Hebammen der Schweiz. 2020. [Zugriff: 10.11.2020]. Verfügbar unter: https://www.hebamme.ch/wp-content/uploads/2020/09/Ausführlicher-Statistikbericht-SHV_Rapport-statistique-detaillé-2019.pdf
14. Helfferich C. Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Qualität qualitativer Daten. Wiesbaden: Springer Verlag für Sozialwissenschaften; 2011.
15. King TL. Interprofessional Collaboration: Changing the Future. *J Midwifery Womens Health*. 2015;60(2):117–119. DOI: 10.1111/jmwh.12318.
16. Kruse J. Qualitative Interviewforschung. Weinheim und Basel: Beltz Juventa; 2015.
17. Kuckartz U. Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren. Wiesbaden: Springer Verlag; 2014.
18. Loytved C. Von der Wehemutter zur Hebamme: Die Gründung von Hebammenschulen mit Blick auf ihren politischen Stellenwert und praktischen Nutzen. Bramsche: Rasch; 2001.
19. Maillefer F, de Labrusse C, Cardia-Vonèche L, Hohlfeld P, Stoll B. Women and healthcare providers' perceptions of a midwife-led unit in a Swiss university hospital: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:56. DOI: 10.1186/s12884-015-0477-4.
20. Munro S, Kornelsen J, Grzybowski S. Models of maternity care in rural environments: barriers and attributes of interprofessional collaboration with midwives. *Midwifery*. 2013;29(6):646–652. DOI: 10.1016/j.midw.2012.06.004.
21. Perdok H, Jans S, Verhoeven C, Henneman L, Wiegers T, Mol BW, u. a. Opinions of maternity care professionals and other stakeholders about integration of maternity care: A qualitative study in the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):1–12. DOI: 10.1186/s12884-016-0975-z.
22. Phillippi JC, Holley SL, Schorn MN, Lauderdale J, Poumie CL, Benntt K. On the same page: A novel interprofessional model of patient-centered perinatal consultation visits. *J Perinatol*. 2016;36(11):932–938. DOI: 10.1038/jp.2016.124.
23. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, u. a. Midwifery and quality care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014;384(9948):1129–1145. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60789-3.
24. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;4. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.
25. Schölerich VL, Posthumus AG, Ghorashi H, Waelput AJ, Groenewegen P, Denktas S. Improving interprofessional coordination in Dutch midwifery and obstetrics: a qualitative study. *BMC Pregnant*. 2014;14:145–52. DOI: 10.1186/1471-2393-14-145.
26. Schulze B, Angermeyer M. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Soc Sci Med*. 2003;56(2):299–312. DOI: 10.1016/S0277-9536(02)00028-x.
27. Schumann M. Die Institutionalisierung der Geburten in der Bundesrepublik 1950 bis 1975. Auswirkungen auf den Hebammenberuf. In: Herausforderungen: 100 Jahre Bayerische Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde. Stuttgart: Thieme; 2012. S. 227–236.
28. Slinkard Philipp M, Stonehocker J. Women's health outpatient care teams: Focus on advanced practice providers. *Clin Obstet Gynecol*. 2018;61(1):76–89. DOI: 10.1097/GRF.0000000000000333.
29. Sottas B, Kissmann S, Brügger S. Interprofessionelle Ausbildung (IPE): Erfolgsfaktoren – Messinstrument – Best Practice Beispiele. Expertenbericht für das Bundesamt für Gesundheit, Bern. Bourguillon; 2016.
30. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Genf; 2010. [Zugriff: 10.11.2020]. Verfügbar unter: http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/

Literatur von Seite 50:

5. Ganapathy T. Childbirth in Supported Sitting Maternal Position. *International Journal of Nursing Education*. 2012; 4(2):87-91.
6. Ghanbari-Homayi S, Fardiazar Z, Meedya S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Asghari-Jafarabadi M, Mohammadi E, et al. Predictors of traumatic birth experience among a group of Iranian primipara women: a cross sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*. 2019; 19:182. DOI: 10.1186/s12884-019-2333-4
7. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*. 2004; 46(2):212-9. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x
8. Groß MM. Die Geburtserfahrung - eine Übersichtsarbeit. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*. 2003; 63(04):321-5. DOI: 10.1055/s-2003-39242
9. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017(5):CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub4
10. Hardin AM, Buckner EB. Characteristics of a Positive Experience for Women Who Have Unmedicated Childbirth. *Journal of Perinatal Education*. 2004; 13(4):10-6. DOI: 10.1624/105812404X6180
11. Henriksen L, Grimsrud E, Schei B, Lukasse M. Factors related to a negative birth experience: A mixed methods study. *Midwifery*. 2017; 51:33-9. DOI: 10.1016/j.midw.2017.05.004
12. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2002; 186(5):160-72. DOI: 10.1016/S0002-9378(02)70189-0
13. Hodnett ED, Simmons-Tropea DA. The Labour Agency Scale: Psychometric properties of an instrument measuring control during childbirth. *Research in Nursing & Health*. 1987; 10(5):301-10. DOI: 10.1002/nur.4770100503
14. Johansson C, Finnbogadóttir H. First-time mothers' satisfaction with their birth experience: a cross-sectional study. *Midwifery*. 2019; 79:102540. DOI: 10.1016/j.midw.2019.102540
15. Kempe P, Vikström-Bolin M. Women's satisfaction with the birthing experience in relation to duration of labour, obstetric interventions and mode of birth. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2020; 246:156-9. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2020.01.041
16. Larsson C, Saltvedt S, Edman G, Wiklund I, Andolf E. Factors independently related to a negative birth experience in first-time mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2011; 2(2): 83-9. DOI: 10.1016/j.srhc.2010.11.003
17. Morgan BM, Bulpitt CJ, Clifton P, Lewis PJ. Analgesia and satisfaction in childbirth (the Queen Charlotte's 1000 Mother Survey). *Lancet*. 1982; 2(8302):808-10.
18. Nystedt A, Hildingsson I. Women's and men's negative experience of child birth - A cross-sectional survey. *Women and Birth*. 2018; 31(2):103-9. DOI: 10.1016/j.wombi.2017.07.002

Fortsetzung siehe Seite 36

Arbeitsanforderungen und Arbeitsressourcen: Determinanten vorzeitiger Ausstiege aus dem Hebammenberuf

Job demands and job resources: determinants of early career exit of midwives

Anja Schulz M.Sc., Theresa Laschewski M.Sc., Prof. Dr. Markus Antonius Wirtz

Abstract

Hintergrund: Belastende Arbeitsfaktoren gelten als wichtige Determinanten vorzeitiger Ausstiege im Hebammenberuf. Arbeitspsychologische Modelle können eine Basis für die theorieorientierte Modellierung und Operationalisierung bieten.

Ziele: Das Ziel der Untersuchung war a) die Identifikation von Arbeitsanforderungen und -ressourcen, die aus Sicht der Hebammen mit einem vorzeitigen Berufsausstieg assoziiert sind und b) die Spezifizierung der Komponenten des Job-Demands-Resources-Modell (JD-R) für das Tätigkeitsfeld von Hebammen unter Berücksichtigung berufsfeldspezifischer Arbeitsfaktoren und Rahmenbedingungen.

Methodik: Es wurden fünf leitfadengestützte qualitative Interviews mit aktiven und ehemaligen Hebammen aus verschiedenen Arbeitsbereichen geführt. Die Leitfadententwicklung fand in Anlehnung an das JD-R-Modell statt. Die Datenanalyse erfolgte gemäß der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz.

Ergebnisse: Zentralen Anforderungen (Zeit- & Personalmangel, fachfremde Tätigkeiten, ungünstiger Personalschlüssel) stehen positiv wirkenden berufsbezogenen und personalen Ressourcen (Unterstützung durch Kolleg*innen, Optimismus, Coping-Strategien) gegenüber. Die berichteten Arbeitsfaktoren stehen im Einklang mit der Struktur des JD-R-Modells. Die Zentralisierung der Versorgungsstrukturen erweist sich als wichtige strukturelle Rahmenbedingung, deren Bedeutung für die Modellstruktur im Arbeitskontext der Hebammen weiterer Klärung bedarf.

Schlussfolgerung: Die Studienbefunde erweitern die theoretische Grundlage zur Operationalisierung von Determinanten vorzeitiger Berufsausstiege von Hebammen und bilden die Basis für eine integrierte Betrachtung variierender Tätigkeits- und Kontextmerkmale.

Schlüsselwörter: Arbeitsanforderungen, Arbeitsressourcen, Berufsausstieg, Hebammentätigkeit, qualitative Inhaltsanalyse

Hintergrund:

Der Fachkräftemangel in der Hebammenhilfe stellt ein zunehmendes Problem für die Sicherstellung einer flächendeckenden, wohnortnahen und qualitativ hochwertigen Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und jungen Müttern dar. Die Zunahme an vorzeitigen Berufsausstiegen im Hebammenberuf wird dabei als eine zentrale Ursache dieses Fachkräftemangels diskutiert [18, 30, 36]. Arbeitspsychologische Modelle wie z.B. das Demand-Control-(Support)-Modell (DCS-Modell) [19, 20] oder das Effort-Reward-Imbalance-Modell (ERI-Modell) [33] können einen theoriebasierten Erklärungsansatz für (vorzeitige) Berufsausstiege liefern, indem Wirkzusammenhänge von (psychosozialen) Arbeitsanforderungen und wahrgenommener Arbeitsbelastung bei gleichzeitigem Fehlen beruflicher Ressourcen (z.B. Autonomie, Wertschätzung) identifiziert werden. Belastende Aspekte der Arbeitssituation, die die Tätigkeit der Hebammen und damit die Qualität der Versor-

Background: Adverse work factors are assumed to be important determinants of premature departure from the midwifery profession. Occupational psychological models can provide a basis for theory-based modelling and operationalisation.

Aims: The aim of the study was a) to identify job demands and resources associated with early career exit from the perspective of midwives and b) the specification of the components of the job demands-resources (JD-R) model for the field of midwifery, taking job-specific work factors and conditions into account.

Methods: Five guideline-based qualitative interviews were conducted with active and retired midwives from various areas of practice. Guideline development was based on the JD-R model. Data analysis was performed using Kuckartz's qualitative content analysis.

Results: Central demands (lack of time and staff, activities not related to the discipline, inadequate staffing ratios) contrast with positive job-related and personal resources (support from colleagues, optimism, coping strategies). The work factors reported align with the structure of the JD-R model. The centralisation of care structures proves to be an important structural framework condition that needs to be further clarified regarding its implications for the model structure in the context of midwives' work.

Conclusion: The study results expands the theoretical basis for the operationalisation of determinants of premature career exit of midwives and creates an integrated view of varying activity and context characteristics.

Keywords: job demands, job resources, career exit, midwifery, qualitative content analysis

gung der betreuten Frauen negativ beeinflussen können, werden dabei als wesentliche Prädiktoren für den Berufsausstieg angenommen. Das DCS-Modell sieht die Arbeitsanforderungen (engl. job demands) und den Handlungsspielraum bzw. die Autonomie bei der Ausübung der Tätigkeit als kritische Determinanten an [19, 20]. Im Pflegesektor konnte unter Anwendung des DCS-Modells ein Zusammenhang zwischen dem Konstrukt berufliche Belastung und der Absicht, den Beruf zu verlassen, nachgewiesen werden [41]. Nach dem ERI-Modell entsteht eine sog. Gratifikationskrise, wenn das investierte Arbeitsengagement eine zu geringe Wertschätzung oder Anerkennung (z.B. durch Gehalt, Sicherheit, Aufstiegsmöglichkeiten) erfährt [33]. Mössinger et al. [26] konnten auf Basis des ERI-Modells in einer Querschnittserhebung Hinweise auf bestehende Gratifikationskrisen freiberuflicher Hebammen identifizieren. Ob sich die verwendete Kennzahl (ERI-Score) als Prädik-

tor vorzeitiger Berufsausstiege eignet, ließ sich aufgrund methodischer Einschränkungen nicht beantworten.

Von Demerouti et al. [7] wurde das Job-Demands-Resources-Modell (JD-R-Modell) [2, 3, 6, 7, 8] ausgehend von den Annahmen des DCS- und des ERI-Modells zur Vorhersage von Burnout und dessen positiver Antipode Arbeitsengagement entwickelt. Entgegen dem damaligen Verständnis, die Burnout-Symptomatik sei vorrangig in sozialen Berufsfeldern (z.B. Schulwesen, Gesundheitsversorgung, soziale Arbeit) zu verorten [24], sollte das JD-R-Modell nicht allein für den (humanen) Dienstleistungssektor, sondern darüber hinaus für unterschiedliche Tätigkeitsformen (z.B. Industrie- oder Transportsektor) geeignet sein [7]. Deshalb berücksichtigt das JD-R-Modell zusätzlich die Diversität verschiedener Kombinationen an Arbeitsfaktoren, die je nach Arbeitsverhältnis und Berufsfeld unterschiedlich mit Stress in Zusammenhang stehen können. Abbildung 1 verdeutlicht zwei zentrale theoretische Grundannahmen des JD-R-Modells. In diesem Beitrag soll der Fokus vorrangig auf der ersten Grundannahme liegen. Die zweite etwas komplexere Grundannahme ist von Bedeutung, wenn das Modell als Grundlage praktischen Handelns dienen soll. Letztere wird lediglich in ihren theoretischen Grundzügen dargestellt.

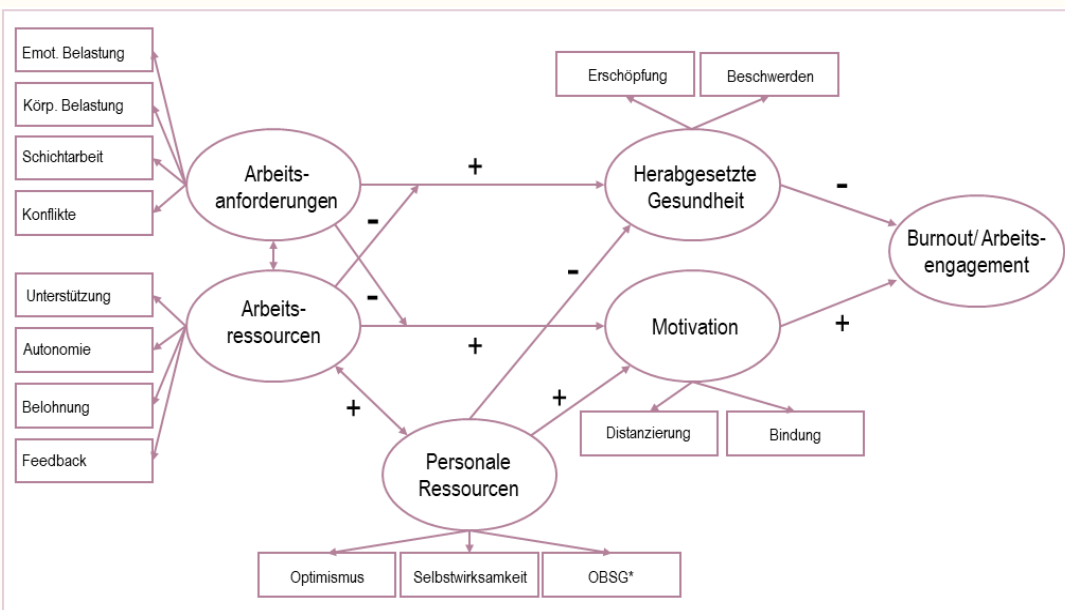


Abbildung 1: Struktur des Job-Demands-Resources-Modell nach Demerouti & Nachreiner [9]

* OBSG = Organisationsbezogenes Selbstwertgefühl

Grundannahme 1: Trotz einer großen Vielfalt an Arbeitsfaktoren, können diese den zentralen Konstrukten *Arbeitsanforderungen* und *Arbeitsressourcen* zugeordnet werden [2]: *Arbeitsanforderungen* beziehen sich auf physische, psychische und soziale Arbeitsaspekte. Sie wirken vorwiegend als Stressor, wenn Personen hohen oder schlecht gestalteten Arbeitsanforderungen ausgesetzt sind, deren Bewältigung anhaltend ein hohes Maß an physischer und/oder psychischer Anstrengung erfordert [7]. *Arbeitsressourcen* fördern das Erreichen arbeitsbezogener Ziele, reduzieren *Arbeitsanforderungen* und die damit einhergehenden physischen und psychischen Konsequenzen. Zudem stimulieren diese die persönliche Entwicklung [2]. Es werden Ressourcen auf psychischer, physischer, organisatorischer und sozialer Ebene unterschieden. Grundannahme 2: Burnout und Arbeitsengagement resultieren im beruf-

lichen Kontext als Produkt zweier divergierender Prozesse. Im *Beeinträchtigungsprozess* führt eine anhaltende Häufung von Arbeitsanforderungen (z.B. Zeitdruck) bei wiederholt erfolglosen Bewältigungsversuchen (erschöpfte Ressourcen) zu einer herabgesetzten Gesundheit, welche sich in gesundheitlichen Problemen und Erschöpfungszuständen manifestiert [6]. Arbeitsanforderungen sind nicht per se als negativ zu werten. Ungünstige Konsequenzen treten vor allem dann auf, wenn sich Beschäftigte nach einer erfolgreichen Bewältigung der Anforderungen nicht hinreichend erholen können (Distress) [25].

Als *Motivationsprozess* wird angenommen, dass Arbeitsressourcen als motivationale Anreize wirken und das Arbeitsengagement sowie die wahrgenommene Leistungsfähigkeit positiv beeinflussen [2]. Ressourcen können intrinsisch motivierend wirken, indem diese das Wachstum, das Lernen sowie die eigene Entwicklung der Mitarbeitenden fördern. Arbeitsressourcen tragen zur Erreichung von Arbeitszielen bei und motivieren extrinsisch [2]. Aufgrund eines Interaktionseffekts können vorhandene Ressourcen die negativen Konsequenzen des Beeinträchtigungsprozesses abschwächen [7]. Dies bedeutet wiederum, dass ein Defizit an Arbeitsressourcen das Erfüllen von Arbeitszielen erschwert und aufgrund entstehender negativer Empfindung (z.B. Frustration, Scheitern) die Motivation vermindert wird. Beschäftigte Personen können sich demzufolge langfristig emotional negativ von ihrer eigenen Arbeit distanzieren und entwickeln in der Folge gegebenenfalls Zynismus gegenüber der eigenen Arbeit [9]. Generell gilt: Eine Vielfalt an Arbeitsressourcen sowie eine gesteigerte Motivation der Mitarbeitenden stehen in Zusammenhang mit einer stärkeren Bindung an das Tätigkeitsumfeld und somit einer höheren Wahrscheinlichkeit einer Berufs- bzw. Organisationsbindung [9].

Die Rolle des Individuums wurde im JD-R-Modell zunächst eher nachrangig berücksichtigt. Eine relevante

Erweiterung des Modells bestand darin, das Konstrukt *Personale Ressourcen* als weiteren Prädiktor zu modellieren [9] (siehe Abbildung 1). Selbstwirksamkeit, Optimismus und Organisationsbasiertes Selbstwertgefühl (OBSG) werden für den Arbeitskontext als relevante personale Ressourcen betrachtet [17]. Das Konstrukt OBSG bildet ab, in welchem Maße Individuen sich innerhalb der Organisation selbst als bedeutsam, kompetent und fähig betrachten [28]. Die im Modell postulierte Mediatorvariable personale Ressource konnte in Bezug auf die Vorhersage von Burnout und Arbeitsengagement in einer psychometrischen Strukturanalyse teilweise bestätigt werden [44]. Während der angenommene Effekt von *Personalen Ressourcen* auf den Beeinträchtigungsprozess nicht bestätigt werden konnte, bestand ein medierender Effekt in Bezug auf die Wirkbeziehung zwischen Arbeitsressourcen und Arbeitsengage-

ment im Rahmen des Motivationsprozesses [44]. Weiterhin konnte ein medierender Effekt zwischen Arbeitsressourcen und der emotionalen Erschöpfung identifiziert werden. Darüber hinaus identifizierten Xanthopoulou et al. [44] personale Ressourcen als einen signifikanten Prädiktor von Arbeitsressourcen, gleichzeitig können Arbeitsressourcen die Entwicklung von personalen Ressourcen fördern.

Für das Tätigkeitsfeld der Hebammen scheint das JD-R Modell eine geeignete Theoriegrundlage zu sein. Es ist anzunehmen, dass Arbeitsfaktoren im Hebammenberuf aufgrund unterschiedlicher Tätigkeitsschwerpunkte (Vorsorge, (außer-) klinische Geburtshilfe, Wochenbettbetreuung oder einer Kombination) sowie variierender Arbeitsverhältnisse (angestellt, freiberuflich, Belegschaft, Mix) systematisch unterschiedlich wahrgenommen und gewichtet werden. Ein Review von Cramer et al. [5] zur Beziehung von Arbeitsbedingungen und dem emotionalen Wohlbefinden bei Hebammen bestärkt die Hypothese. Sie konnten einen Zusammenhang zwischen dem emotionalen Wohlbefinden sowie Burnout und dem Arbeitsbereich von Hebammen (Krankenhaus, ambulantes Setting) nachweisen. Dieser Zusammenhang wird u.a. auf unterschiedliche Arbeitsfaktoren in den jeweiligen Arbeitsbereichen zurückgeführt [5]. Für diesen Aspekt bietet das JD-R-Modell eine angemessene theoretische Grundannahme.

Die Gültigkeit des generischen JD-R-Modells konnte für verschiedene Arbeitsbereiche, Populationen und Länder empirisch bestätigt werden [9]. Im Bereich der Hebammenversorgung ist der Einsatz des JD-R-Modells kaum untersucht. Z.B. verwendete eine niederländische Studie Elemente des Modells als Basis einer Fokusgruppendifkussion mit Neueinsteigerinnen im Hebammenberuf [21], ohne dass die Eignung des Modells als theoretische Grundlage für diesen Forschungsbereich explizit thematisiert wurde. Obwohl das JD-R-Modell vorrangig zur Vorhersage von Burnout und Arbeitsengagement eingesetzt wird, liefern Untersuchungen Hinweise darauf, dass Burnout hoch mit der Absicht assoziiert ist, den Beruf zu verlassen [34].

Ziel

Das Forschungsprojekt soll ein vertieftes Verständnis der Prozesse liefern, die die Wahrscheinlichkeit eines vorzeitigen Berufsausstiegs von Hebammen bedingen. Langfristig soll hierdurch die Basis dafür geschaffen werden, um diesen Prozess durch Interventionen positiv zu beeinflussen, sodass einem vorzeitigen Berufsausstieg entgegen gewirkt werden kann. Gemäß dem Modell nach Craig et al. [4] sind qualitative Forschungsstudien wichtig, um strukturelle Besonderheiten im Arbeitsalltag angemessen identifizieren zu können. Im Sinne der Merkmale qualitativer Forschung wird die Analyse spezifischer Falltypen als sinnvoll erachtet, um ein vertieftes Verständnis generieren zu können (induktive Konzeptionsphase).

Das Ziel der Untersuchung war deshalb die Identifikation und Beschreibung von Arbeitsanforderungen und -ressourcen, die aus Sicht der Hebammen mit einem vorzeitigen Berufsausstieg im Hebammenberuf assoziiert sind. Die Datenbasis diente dazu, die im JD-R Modell postulierten Arbeitsfaktoren in Bezug auf den Hebammenberuf aus Perspektive der Hebammen zu konkretisieren.

Methodik

Studiendesign

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein qualitatives For-

schungsdesign gewählt. Von November bis Dezember 2019 wurden fünf systematisierte, leitfadengestützte Interviews mit Hebammen aus Süddeutschland durchgeführt. Der qualitative Ansatz ist insbesondere aufgrund der Aspekte Offenheit, Prozesshaftigkeit, Kontext- und Subjektorientierung geeignet, da individuelle Begründungen und Hintergründe aus der Perspektive der befragten Hebammen ermittelt werden sollen [12].

Während der Interviews lag der Hauptfokus auf der ersten Grundannahme des JD-R-Modells: Die Unterteilung relevanter Arbeitsfaktoren in zwei allgemeingültige Konstrukte. Entsprechend wurde der Leitfaden in Bezug auf die Konstrukte Arbeitsanforderungen und Arbeitsressourcen konzipiert. Er beinhaltet sechs Hauptleitfragen (siehe Tabelle 1). Die Verständlichkeit der Leitfragen wurde mittels zweier kognitiver Interviews überprüft [29].

Tabelle 1: Übersicht Hauptleitfragen

Arbeitsanforderungen	1. Welche anspruchsvollen Situationen fallen Ihnen ein, wenn Sie an die (vergangene) Hebammentätigkeit denken?
	2. Was müsste verändert werden, um den Beruf als Hebamme Ihrer Einschätzung nach attraktiver zu gestalten?
	3. Welche anspruchsvollen Situationen oder Probleme haben Sie in Ihrer Organisation/ Gemeinschaft/ Verband, in welcher Sie als Hebamme tätig waren/sind, wahrgenommen?
	4. Wie hätte Ihr Arbeitgeber/Gemeinschaft/ Verband/ Gesetzgeber Ihren Job als Hebamme attraktiver gestalten können?
Arbeitsressourcen	5. Was haben Sie persönlich an Ihrem Beruf als Hebamme geschätzt bzw. was schätzen Sie persönlich an Ihrem Beruf als Hebamme?
	6. Was sind für Sie die Merkmale, die den Beruf einer Hebamme attraktiv machen?

Sampling

Bei der Stichprobenauswahl wurde eine deduktive Rekrutierungsstrategie in Verbindung mit Gatekeepern gewählt [22]. Drei Multiplikatorinnen des deutschen Hebammenverbands und 14 Hebammen wurden per E-Mail kontaktiert. Bei der Zusammenstellung des Interviewsamples wurde darauf geachtet, dass spezifische Falltypen der Hebammentätigkeit (Hauptarbeitskontexte: angestellt, freiberuflich, Beleghebamme) repräsentiert sind, sodass eine angemessene strukturelle Variationsbreite abgedeckt wird [22].

Zur Sicherstellung der Einschlusskriterien wurden zuvor einige Ad-hoc-Fragen per E-Mail gestellt (z.B. Arbeitsverhältnis, Berufserfahrung). Insgesamt resultierten fünf verbindliche Interviewzusagen; zwei Personen waren zum Zeitpunkt des Interviews aus dem Hebammenberuf ausgestiegen, drei noch aktiv tätig. Die bereits ausgestiegenen Hebammen waren 17 bzw. 20 Jahre in ihrem Beruf als Hebamme tätig gewesen und arbeiteten sowohl als angestellte als auch als freiberufliche Hebammen. Der Ausstieg aus dem Hebammenberuf lag zwei bzw.

sechs Jahre zurück. Die Arbeitserfahrung betrug im Mittel 11,5 Jahre (Standardabweichung: 9,05 Jahre) und variierte mit einer Spannweite von einem Jahr bis zu 21 Jahren.

Durchführung

Alle Teilnehmerinnen erhielten vorab ein Schreiben mit Informationen über das Ziel und den Ablauf der Interviews sowie über datenschutzrechtliche Aspekte nach DSGVO. Letzteres beinhaltete u.a. die Information zum Umgang und Verarbeitung personenbezogener Daten, zu persönlichen Rechten bezüglich der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum Vorgang der pseudonymisierten Transkription sowie zur Verschlüsselung, Aufbewahrung und Speicherdauer der Daten. Von allen teilnehmenden Personen liegt eine schriftliche Einwilligungserklärung vor. Die Interviews verliefen mündlich, offen und erzählgenerierend mit einer Fokussierung auf Arbeitsanforderungen und Arbeitsressourcen [22]. Der Ort der Interviews variierte zwischen beruflichen oder privaten Räumlichkeiten der Interviewteilernehmerinnen sowie einer Räumlichkeit an einer Hochschule. Die digital aufgezeichneten Interviews (Aufzeichnungsgerät: ROLAND R-05) dauerten durchschnittlich 59 Minuten (Standardabweichung: 18,2 Minuten). Die Tonaufnahmen wurden auf einem extern verschlüsselten Speichermedium gesichert.

Datenaufbereitung und Datenanalyse

Die Audioaufnahmen wurden gemäß der fünf moderaten Grundregeln nach Kuckartz [23] transkribiert und anschließend pseudonymisiert. Die Auswertung erfolgte deduktiv in Anlehnung an die strukturierende Inhaltsanalyse nach Kuckartz [23: S. 97]:

1) Modellbasierte deduktive Bildung von Oberkategorien (Arbeitsanforderungen, Arbeitsressourcen) und Hauptkategorien (für *Anforderung*: emotionale/ körperliche Belastung, Schichtarbeit, Konflikte; für *Ressourcen*: Unterstützung, Autonomie, Belohnung, Feedback) auf Basis der Konstruktebene des JD-R-Modells. *Personale Ressourcen* wurden als separate Mediatorvariable in das Kategoriensystem aufgenommen.

2) Durchführung der Inhaltsanalyse auf Basis des deduktiven Kategoriensystems an 50% des Datenmaterials in zwei unabhängigen Durchläufen. Die von Hebammen berichteten positiven/negativen Arbeitsfaktoren wurden in Subkategorien untergliedert. Dies diente der Strukturierung des Datenmaterials sowie der Konkretisierung der modellbasierten postulierten Arbeitsfaktoren für den Hebammenberuf. Die Zuordnung orientierte sich inhaltlich an den Hauptkategorien. So wurden belastende Arbeitsfaktoren, welche Hebammen mit emotionaler Belastung in Verbindung brachten, der gleichnamigen Hauptkategorie zugewiesen. Im Rahmen der Abgrenzbarkeit wurden alle Subkategorien mit einer jeweiligen Definition verknüpft.

3) Kodierung des restlichen Datenmaterials anhand des Kategoriensystems aus Schritt eins und zwei in zwei unabhängigen Durchläufen. Zum Zwecke der Validierung wurde Schritt zwei und drei von zwei Projektmitarbeitenden unabhängig durchgeführt. Unstimmigkeiten bei der Codierung wurden in einem konsensuellen Verfahren besprochen und gelöst.

Ergebnisse

Die Gliederung der Ergebnisse richtet sich nach den allgemeinen Konstrukten des JD-R-Modells (siehe Tabelle 2). Aufgrund der Fülle an

erhobenem Material liegt der Fokus auf der Abgrenzung von theoriekonformen und von Hebammen wahrgenommenen Arbeitsfaktoren sowie der Identifikation (struktureller) Besonderheiten.

Tabelle 2: Kategoriensystem

Oberkategorien	Hauptkategorien	Subkategorien
Arbeitsanforderungen	Emotionale Belastung	◆ Personalmangel
		◆ Zeitmangel
		◆ Beeinträchtigung des Privatlebens
		◆ Handeln gegen eigene/s Wissen/Ansprüche
		◆ Verantwortung und Schadensfälle
		◆ Standardisierte Versorgung
		◆ Geburtshilfe bei Frauen, die sie nicht kennen
		◆ Investitionen zur Berufsausübung
		◆ Anspruchsvolle Kundinnen/Kunden
		◆ Fachfremde Tätigkeiten
Arbeitsressourcen	Körperliche Belastung	◆ Organisatorischer Aufwand
		◆ Gleichzeitig zu betreuende Klientinnen
		◆ Körperliche Belastung durch Schichtarbeit
		◆ Allgemeine körperliche Belastung
	Schichtarbeit	◆ Kompensation bei Personalausfall
		◆ Beeinträchtigung des Schlafverhaltens
	Konflikte	◆ Konflikte in der Aufgabenteilung
		◆ Konflikte aufgrund verschiedener Ansichten der Geburtshilfe
		◆ Konflikte im Umgang mit Zeitmangel
		◆ Konflikte mit Ärztinnen/Ärzten
		◆ Konflikte mit anderen Hebammen
Mediatoren	Unterstützung	◆ Konflikte mit Klientinnen
		◆ Unterstützung durch Kolleginnen/Kollegen
		◆ Unterstützung durch Vorgesetzte/Vorgesetzter
		◆ Unterstützung durch Arbeitgeberin/Arbeitgeber
	Belohnung	◆ Unterstützung durch vernetzende Strukturen
		◆ Zufriedenheit mit finanzieller Entlohnung
	Autonomie	◆ Eigenverantwortung und Entscheidungsfindung
		◆ Weiterbildungsmöglichkeiten
	Feedback	◆ Wissenschaftliches Arbeiten
		◆ Gesellschaftliche Wertschätzung
Externe Faktoren	Zentralisierung der Versorgungsstrukturen	◆ Wertschätzung durch Klientinnen
		◆ Optimismus und Leidenschaft für den Beruf
		◆ Selbstwirksamkeit aufgrund Coping-Strategien zur Bewältigung von Arbeitsanforderungen
		◆ Arbeitsaufwand in großen Kliniken
		◆ Anfahrtswege zur nächsten Klinik
		◆ Schließung von kleinen Kliniken

Arbeitsanforderungen

Die im JD-R-Modell verankerten Arbeitsanforderungen *emotionale Belastungen*, *körperliche Belastungen*, *Schichtarbeit* und *Konflikte* stimmen mit den wahrgenommenen Arbeitsanforderungen der Hebammen überein. Einige der gewonnenen Subkategorien beinhalten tätigkeitspezifische Anforderungen sowie Ursachenzuschreibungen für emotionale Arbeitsbelastungen, die in besonderem Maße für das Berufsfeld der Hebammen relevant sind. Der Hauptkategorie *emotionale Belastun-*

gen wurde die Subkategorie *Personalmangel* zugeordnet. Im klinischen Setting sei aus Sicht der Hebammen die Menge an auszuführenden Aufgaben im Vergleich zur Anzahl der im Dienst eingeteilten Hebammen oft unverhältnismäßig hoch. Dies führe dazu, dass die Anzahl an *gleichzeitig zu betreuenden Klientinnen* im Geburtsprozess ansteige und dies in emotionaler Belastung auf Seiten der Hebammen resultiere. Weiterhin nannten die Hebammen Aspekte wie *fachfremde Tätigkeiten* und Tätigkeiten mit einem hohen *organisatorischen Aufwand* als Ursache von emotionaler Belastung.

Einen weiteren Subfaktor der Ursachen emotionaler Belastung bilden die Faktoren große *Verantwortung* sowie das Risiko potenzieller *Schadensfälle*, bei denen die Hebammen rückwirkend aufkommen müssten. Der hohe Verantwortungsaspekt spiele vor allem in der Freiberuflichkeit eine zentrale Rolle, was zu hohen Berufshaftpflichtprämien und einer hohen Gesamtinvestition im Rahmen der Berufsausübung führe. Zusätzlich würden Konflikte zwischen der Berufsgruppe der Hebammen und des ärztlichen Personals, hervorgerufen durch Differenzen in geburtsspezifischen Ansichten sowie Unklarheiten in Verantwortungs- und Aufgabenbereichen, die emotionale Belastungsgrenze weiter ausreizen.

Arbeitsressourcen

Die im JD-R-Modell verankerten Arbeitsressourcen *Unterstützung*, *Belohnung*, *Autonomie* und *Feedback* stimmen vorwiegend mit den wahrgenommenen Arbeitsressourcen der Hebammen als Hauptkategorien überein. Die von den Hebammen identifizierten Subkategorien wiesen im Allgemeinen keine spezifischen Aspekte auf, die im Theoriemodell nicht enthalten sind. Lediglich bei der Hauptkategorie *Unterstützung*, wurde die *Unterstützung durch Kolleginnen* als eine zentrale Arbeitsressource betont. In Bezug auf die Freiberuflichkeit wurden die Aspekte *Eigenverantwortung* und selbstständige *Entscheidungsfindungen* als wertvolle Ressourcen hervorgehoben.

Personale Ressourcen

Die *Personale Ressource* nimmt im JD-R-Modell eine besondere Rolle als Mediatorvariable im Wirkprozess zwischen Arbeitsanforderungen und Burnout bzw. Arbeitsengagement ein. Aus dem Datenmaterial konnten die personale Ressource *Optimismus* und *Leidenschaft* für den Hebammenberuf identifiziert werden. Eine Hebamme beschrieb das Geburtserlebnis „(...) jedes Mal wieder [als] ein Wunder (...)“ (I-1: 26:16). Sie sei sehr dankbar dafür, dass sie Familien in einer solch besonderen Zeit begleiten dürfe. Dass der *Optimismus im Beruf* eine personale Ressource darstellt, spiegelte sich in einer weiteren Aussage wider, bei der die Hebamme berichtete, sie „(...) konnte [sich] nicht ganz von dem Beruf lösen, der Wunsch waren einfach bessere Arbeitsbedingungen, aber eigentlich nicht den Beruf ganz zu verlassen“ (I-3: 48:12). Eine weitere personale Ressource sei die Art und Weise der individuellen *Bewältigung der Arbeitsanforderungen*. Als wirksame Coping-Strategien wurden Nebenjobs mit einer geringen Verantwortung oder Supervisionen sowie Gespräche mit Arbeitskolleginnen oder Familienmitgliedern hervorgehoben. Eine Hebamme berichtete, dass

„[es] einige Kolleginnen [gab], (...) die [die Bewältigung] nicht so gut geschafft haben und die dann wirklich mit einem Burnout raus sind (...) und eine lange Zeit gebraucht haben, wieder zurückzufinden“ (I-5: 45:40).

Zentralisierung der Versorgungsstrukturen

Als externe Rahmenbedingung identifizierten die Interviewteilnehmerinnen den Aspekt der *Zentralisierung der Versorgungsstrukturen*. Darunter wird eine Zentrumsbildung in der medizinischen Versorgungsstruktur verstanden. Zentralisierung führe aus Sicht der Hebammen zu einem erhöhten *Arbeitsaufwand in großen Geburtskliniken*, da

„(...) [das] Einzugsgebiet [pro Klinik] immer größer [wird]. Das heißt, [dass es zu] steigende[n] Geburtenzahlen, zu wenig Personal und ganz viele Krankheitsausfälle, ganz aktuell die letzten Monate Burnout [und] Erschöpfung [kam] (...)“ (I-1: 15:29).

Eine Hebamme berichtete, dass der Aspekt der Zentralisierung mit aufkommenden Unruhen in großen Kliniken assoziiert sei. In großen Kliniken seien viele verschiedene Akteure gleichzeitig beschäftigt, was einen ungestörten Geburtsprozess negativ beeinflussen würde. Weiterhin sei die aus der Zentralisierung resultierende Verlängerung des *Anfahrtsweges zur nächsten Klinik* sowohl für Hebammen als auch für Gebärende aus dem ländlichen Raum, eine große Herausforderung. Die Geburtsverläufe in kleinen, ländlichen Kreissälen seien zudem „unkomplizierter“ und „rascher“ (I-4:11:07), weil Gebärende durch einen kürzeren Anfahrtsweg nicht bereits bei den ersten Anzeichen einer Geburt (z.B. Latenzphase) die Klinik aufsuchen müssten.

Schließungen von kleinen Kliniken, könnten nach Einschätzung der Hebammen einen vorzeitigen Berufsausstieg direkt beeinflussen, da

„viele Hebammen [nach einer Kreissaalschließung] dann nicht mehr als Hebamme arbeiten. Es geht manchen Kolleginnen [von ihr] gleich, dass sie den Preis nicht zahlen wollen, für ein Umfeld, wo sie nicht gar so gerne arbeiten“ (I-4: 31:10).

Indirekt wirke die Zentralisierung als Mediatorvariable, indem Schließungen kleiner, dezentral verorteter Geburtsabteilungen zu einer Verlängerung des Anfahrtswegs zur Klinik führen würde, was wiederum die Wahrscheinlichkeit, die Absicht, den Beruf zu verlassen, erhöhe. Eine befragte Hebamme erklärt diesen Zusammenhang dergestalt, dass der Hebammenberuf

„(...) ein Frauenberuf [ist] und die [Hebammen] sind meistens verwurzelt und haben da ihr Häuschen, und ihre Kinder und ihr [en] Mann vor Ort, und die nehmen diesen langen Anfahrtsweg zu den Kliniken nicht in Kauf“ (I-4: 31:41).

Weiterhin würde sich aufgrund von Schließungen regionaler Geburtsabteilungen und unter Berücksichtigung des invariablen Fachkräftemangels der Arbeitsaufwand angrenzender Geburtsabteilungen von zentral verorteten Kliniken erhöhen. Als Konsequenz könne ein Anstieg des Stresslevels (z.B. aufgrund vieler gleichzeitig zu betreuenden Frauen) sowie der wahrgenommenen emotionalen Belastung resultieren, was insgesamt in einer Zunahme der Arbeitsunzufriedenheit münden könne. Der Aspekt der Zentralisierung stellt für die Hebammen eine relevante Rahmenbedingung bezüglich der Arbeitsbelastungen im Hebammenberuf dar. Die Aussagen der Hebammen weisen darauf hin, dass der externe Faktor *Zentralisierung der Versorgungsstrukturen* verschiedene im JD-R-Modell postulierten Phänomene beeinflussen oder diese ursächlich bedingen könnte.

Besonderheiten während des Kodierungsprozesses

Während des Prozesses der Kodierung konnte festgestellt werden, dass die theoretischen Konstrukte *Arbeitsanforderungen* und *Arbeitsressourcen* im berichteten Erleben der Hebammen teilweise nur schwer voneinander trennbar waren. Verantwortung kann negativ im Sinne der Notwendigkeit der Übernahme von Verantwortlichkeiten in Notsituationen oder Schadensfällen verstanden werden. Diese werden als emotional belastend wahrgenommen:

„Dass es Schicksal ist oder die Natur oder dass es vorher bei einem anderen der Fehler war, da wird als erstes auf die Hebamme gedeutet, ob die was falsch gemacht haben“ (I-1: 13:56).

Im Gegensatz dazu kann Verantwortung positiv im Sinne der wünschenswerten selbstständigen Gestaltungsfreiheit aufgefasst werden. Dies ist insbesondere in Betreuungssituationen der Fall, in denen die Hebammen frei entscheiden und individuell auf die Bedürfnisse von Mutter und Kind eingehen können:

„man konnte die Frauen einfach gebären lassen; ohne sie ständig zu unterbrechen mit irgendwas (...) also die Ärzte kamen eigentlich nur bei wichtigen Dingen, den Rest macht man telefonisch, und einfach, da sollte ein ungestörter Geburtsverlauf von Anfang bis zur Geburt des Kindes“ (I-4: 12:34)

Im Modell wird das Zusammenspiel von *Arbeitsanforderungen* und *Arbeitsressourcen* als Interaktion berücksichtigt. In den Darstellungen der Hebammen wird der Beitrag der Einzelkomponenten *Arbeitsanforderungen* und *Arbeitsressourcen* kaum differenziert, sondern nur integriert thematisiert. Somit erweist sich die postulierte Interaktion zwar als relevant, kennzeichnende Merkmale der Interaktion bleiben aber intransparent. Eine ähnliche Schwierigkeit ergab sich in der Abgrenzung von Arbeitsfaktoren, die mit einer emotionalen oder körperlichen Belastung verknüpft sind. Bei der Subkategorie *Personalmangel* und *fachfremde Fähigkeiten* erfolgte eine ambivalente Einteilung durch die Interviewpersonen, weshalb die endgültige Einordnung im Rahmen des Analyseprozesses zu einer der Belastungsformen durch die Forschungsperson erfolgte. Diese Problematik konnte trotz eines Kodierleitfadens mit Ankerziten und definierten Subkategorien nicht komplett gelöst werden.

Diskussion

Den Ausgangspunkt dieser Studie stellte die Erhebung von wahrgenommenen *Arbeitsanforderungen* und *Arbeitsressourcen* aus Sicht der Hebammen dar, die Assoziationen mit der *Absicht*, den Beruf zu verlassen, hervorrufen. Die teilnehmenden Hebammen berichteten über eine Bandbreite an *Arbeitsanforderungen* und *Arbeitsressourcen*, welche einerseits unabhängig vom Hebammenkontext auftreten können (z.B. Zeitmangel, (Un-)Zufriedenheit mit finanzieller Entlohnung) andererseits spezifisch im Rahmen der Tätigkeit als Hebamme vorkommen (z.B. gleichzeitig zu betreuende Klientinnen). Dass die für den Hebammenkontext relevanten Arbeitsfaktoren aus dem Datenmaterial identifiziert werden konnten, wird durch den Vergleich mit bestehenden empirischen Forschungserkenntnissen unterstützt. Die erhobenen *Arbeitsanforderungen* sind mehrheitlich konkludent mit Ergebnissen aus anderen Hebammenbefragungen in Deutschland. So assoziierten Hebammen aus Bayern [31] und Sachsen [32] arbeitsbezogene Aspekte wie ein zu geringes Einkommen, mangelnde Anerkennung, ein zu hoher

Anteil an fachfremden Tätigkeiten sowie Zeitmangel, um Frauen adäquat betreuen zu können, mit einer hohen Arbeitsbelastung im Hebammenberuf. Ein bundesweites Gutachten zur aktuellen Situation der stationären Versorgung hebt ebenfalls die Problematik von Personalengpässen in der Geburtshilfe sowie einem Mehraufwand aufgrund gleichzeitig zu betreuenden Frauen in Bezug auf Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbelastung hervor [1].

Die subjektiv berichteten Arbeitsfaktoren stehen im Einklang mit der ersten Grundannahme des JD-R-Modells, bei der *Arbeitsanforderungen* und *-ressourcen* die beiden zentralen Arbeitsfaktoren darstellen. Dies soll anhand des Konstrukts *Personale Ressourcen* beispielhaft verdeutlicht werden. Insgesamt nannten die Befragten *Optimismus*, *Leidenschaft für den Beruf*, sowie *Selbstwirksamkeit* aufgrund eines erfolgreichen *Copings* als relevante persönliche Ressourcen. Optimismus und Selbstwirksamkeit gelten neben einem OBG als fundamentale Komponenten der individuellen Anpassungsfähigkeit [17] und werden als relevanter Bestandteil des JD-R-Modells diskutiert. Als Mediatoren im Zusammenhangsgefüge von *Arbeitsressourcen* und *Arbeitsengagement* tragen diese personalen Ressourcen zu der Varianzaufklärung der Outcome-Variablen *Arbeitserschöpfung* und *Arbeitsengagement* bei [44].

Die teilweise unklare Abgrenzung von berichteten Arbeitsfaktoren gibt die anfängliche Annahme der hohen Diversität an wahrgenommenen Arbeitsfaktoren im Hebammenberuf wieder. Je nach Tätigkeitsschwerpunkt der Hebammen erhalten arbeitsbezogene Faktoren eine unterschiedliche Gewichtung und werden als unterschiedlich belastend bzw. unterstützend wahrgenommen. Der Bedarf an anpassungsfähigen Arbeitsfaktoren je nach Tätigkeit unterstützt die Verwendung des JD-R-Modells, das aufgrund der generischen Ausrichtung eine hohe Flexibilität bei der Erhebung divergierender Arbeitsfaktoren ermöglicht und für zukünftige Erhebungen im Bereich der Arbeitsbelastung im Hebammenberuf als besonders bedeutsam erscheint [7].

Eine noch zu klärende Besonderheit stellt der externe Faktor *Zentralisierung der Versorgungsstrukturen* dar. Der prozentuale Anteil an geburtshilflichen Abteilungen in Deutschland sank innerhalb eines Jahrzehnts (2007 – 2017) um 28 Prozent [38, 39]. Vorwiegend kleine und dezentral verortete geburtshilfliche Abteilungen sind von Schließungen betroffen. Ökonomische Gründe, der Fachkräftemangel sowie Qualitätsaspekte (z.B. bessere Ergebnisqualität aufgrund höherer Fallzahlen) spielen bei dieser Entscheidung eine wichtige Rolle [13, 37]. Obwohl Zentralisierungsbestrebungen in allen medizinischen Versorgungssektoren umgesetzt werden, ist dieser Trend besonders gravierend für die ambulante und stationäre Geburtshilfe. Bereits im Jahr 2014 prognostizierte der GKV-Spitzenverband einen Versorgungsengpass in der Geburtshilfe, rückführbar auf einen Anstieg an Kündigungen von Vertrags- und Beleghebammen als Resultat der Zentralisierungsmaßnahmen [14]. Stahl et al. [37] greifen dies auf und argumentieren, dass dieser Trend in zeitlicher Überschneidung mit einem Anstieg der Berufshaftpflichtprämie für Hebammen dazu führe, dass insbesondere freiberufliche Hebammen ihre Tätigkeit in der klinischen Geburtshilfe aufgeben und sich fortan auf das Leistungsspektrum der Vor- und Nachsorge fokussierten. Dies spielt eine Rolle, da im Jahr 2017 20 Prozent der Krankenhausgeburten von freiberuflichen Beleghebammen begleitet wurden [10]. Innerhalb des Zeitraums von 2008 bis 2010

gaben ein Viertel der in Kliniken tätigen freiberuflichen Hebammen ihre Tätigkeit als Beleghebamme auf [11]. Der im Jahr 2015 eingeführte Haftpflichtausgleich konnte die Konsequenz der Ausstiege in der Geburtshilfe nicht aufhalten [37]. Diese direkten Auswirkungen auf die stationäre und ambulante Geburtshilfe aufgrund von Zentralisierungsmaßnahmen spiegeln sich in den vorliegenden Ergebnissen wider.

Generell zeigten sich in der vorliegenden Untersuchung Unsicherheiten in Bezug auf die Einordnung des Aspekts der Zentralisierung bzgl. der Struktur des JD-R-Modells und dessen beschriebenen Phänomene. Um herauszufinden, inwiefern der externe Faktor eine Besonderheit des Hebammenkontextes darstellt und konkreten Einfluss auf die postulierten Wirkprozesse des JD-R-Modells nimmt, sollte in zukünftigen Untersuchungen detaillierter untersucht werden.

Limitationen

Die Generalisierbarkeit der vorliegenden Untersuchungsergebnisse ist aufgrund des kleinen Samples eingeschränkt. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass vor allem ausgestiegene Hebammen retrospektiv negativer über ihre damalige Arbeitssituation berichten als aktiv tätige Hebammen. Der Self-serving Bias verstärkt diese Tendenz, indem Ursachen für einen Berufsausstieg vorwiegend external attribuiert werden und weniger stark auf persönliche Entscheidungen, Defizite oder Schwierigkeiten zurückgeführt werden [35]. Weiterhin können kognitive Verzerrungen aufgrund des Recall Bias [40] sowie eines Halo-Effekts auftreten [42]. Zudem könnte das soziale Rollenverständnis der Hebamme allgemein in der Gesellschaft als auch die soziale Erwünschtheit zu verzerrten Urteils- und Wahrnehmungsprozessen im Rahmen der Interviewsituation führen [27]. Primär sind Studien mit einem größeren und repräsentativen Stichprobenumfang notwendig, um ein vollständigeres und differenzierteres Bild zu Arbeitsressourcen und -anforderungen von unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen von Hebammen zu erhalten und die Bedeutsamkeit der Zentralisierung von Versorgungsstrukturen als Mediatorvariable im Rahmen des Wirkungsgefüges weiter zu kontrollieren. Dies bildet die Basis, um den kontextübergreifenden Einsatz des JD-R-Modells für den Hebammenkontext weiter zu verifizieren. Aufgrund sich ändernder Arbeitsmodelle sollten neben den drei untersuchten Tätigkeitsformen vor allem auch hybride Arbeitsformen eingeschlossen werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass Hebammen mit einem Mix aus unterschiedlichen Arbeitstätigkeiten wiederum anderen Arbeitsbelastungen ausgesetzt sind als Hebammen, die ausschließlich im klinischen oder außerklinischen Kontext arbeiten.

Heuristische Modelle, wie das JD-R-Modell, können einen sinnvollen Erklärungsansatz im Rahmen arbeitspsychologischer Fragestellungen

bieten. Dennoch sollte bei der Interpretation der Daten die eingeschränkte bedingungsbezogene Messgüte des Modells berücksichtigt werden [9]. Dies impliziert, dass Erhebungen im Arbeitskontext, vorrangig auf Daten aus Selbstauskünften der beschäftigten Personen angewiesen sind. Die daraus resultierenden Messungen besitzen einen subjektiven Referenz-Standard und sind in ihrer Reliabilität, Validität und Sensitivität eingeschränkt zu bewerten. Wenn es darum geht, Arbeitsbedingungen objektiv zu charakterisieren, sollte Fehleranteile aufgrund subjektiver Varianzanteile eingeplant und im besten Falle durch externe Beobachtungen validiert werden.

Die Untersuchung trägt dazu bei, die theoretische Grundlage des Forschungsfeldes zu erweitern, um darauf aufbauend Ansatzpunkte für Maßnahmen für einen langfristigen Verbleib im Hebammenberuf zu identifizieren und evaluieren sowie auf dieser Basis Versorgungsengpässen in der Geburtshilfe entgegenzuwirken [43]. Als richtungsweisendes Beispiel dient die longitudinale NEXT-Studie. Auf Basis eines theoretischen Modells wurden Pflegekräfte aus zehn EU-Ländern zur Arbeitssituation und Gründen eines vorzeitigen Ausstiegs aus dem Beruf befragt [16]. Die Ergebnisse dienen der domänenspezifischen Analyse und der Entwicklung zielgerichteter Lösungsmaßnahmen für die zukünftige Ausgestaltung des Pflegesektors und Prävention vorzeitiger Berufsausstiege [15]. Um diese zielführende Vorgehensweise auf den Hebammenkontext übertragen zu können, bedarf es a) der empirischen Bestätigung der postulierten Struktur des JD-R-Modells für den Hebammenkontext und b) die Analyse der Wirkbeziehung von Arbeitsanforderungen und Arbeitsressourcen isoliert sowie in Wechselwirkung hinsichtlich arbeitspsychologischer Erfahrungen und insbesondere vorzeitiger Berufsausstiege im Hebammenberuf [7].

Schlussfolgerung

Die Hebammen berichteten über eine Vielzahl an Arbeitsfaktoren, die je nach Tätigkeitsbereich unterschiedlich gewichtet wurden. Die hohe Übereinstimmung der subjektiv wahrgenommenen Arbeitsfaktoren mit dem deduktiven, modellbasierten Kategoriensystem ergab, dass die Konstruktebene des JD-R-Modells geeignet zu sein scheint, um hebammenspezifische Unterschiede in den Arbeitsfaktoren erfassen zu können. Klärungsbedarf besteht hinsichtlich des Aspekts *Zentralisierung der Versorgungsstrukturen* und deren möglichen Einfluss auf belastende und förderliche Rahmenbedingungen und Tätigkeitsmerkmale im Hebammenberuf. Das JD-R-Modell stellt eine fundierte theoretische Grundlage für variierende Tätigkeitsfelder von Hebammen dar, das bei der Planung von Studiendesigns zur Analyse von Determinanten vorzeitiger Berufsausstiege im Hebammenberuf berücksichtigt werden sollte.

Institution: Pädagogische Hochschule Freiburg, Institut für Alltagskultur, Bewegung und Gesundheit, Fachrichtung Forschungsmethoden in den Gesundheitswissenschaften, Freiburg, Deutschland.

Ethik: Die vorliegende Studie ist mit dem übergeordneten Forschungsprojekt „Strukturanalyse der Hebammenversorgung im ländlich geprägten Ortenaukreis“ assoziiert und stellt eine zeitlich versetzte Erweiterung des Forschungsprojektes dar. Die Hauptstudie wurde durch die Ethik-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Psychologie als ethisch unbedenklich geprüft (Az: MAW 022019). Da es sich bei den Interviews um eine Expert*innenbefragung handelt und der Fokus auf deren fachlichen Einschätzung und Bewertungen liegt, weder persönliche Daten noch Patient*innendaten erhoben wurden, ist nach Auskunft der lokalen Ethikkommission ein Ethikvotum für diesen Studienarm nicht erforderlich.

Interessenkonflikt: Die Autorinnen erklären, dass keinerlei finanzieller/materieller oder immaterieller Interessenskonflikt besteht.

Review-Verfahren: Eingereicht am: 11.8.2020; angenommen am: 12.4.2021

Kontakt: anja.schulz@ph-freiburg.de

Literatur:

- Albrecht M, Loos S, Heiden I an der, Temizdemir E, Ochmann R, Sander M et al. Stationäre Hebammenversorgung. 2019 [Zugriff: 31.03.2021]. Verfügbar unter: https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e24893/e24894/e24895/e24897/attr_obj24976/IGES_stationaere_Hebammenversorgung_092019_ger.pdf
- Bakker AB, Demerouti E. The Job Demands-Resources model: state of the art. *J Manag Psychol*. 2007;22(3):309–328. DOI: 10.1108/02683940710733115.
- Bakker AB, Demerouti E. Job demands-resources theory: Taking stock and looking forward. *J Occup Health Psychol*. 2017;22(3):273–285. DOI: 10.1037/ocp0000056.
- Craig P, Dieppe P, Macintyre S et al. Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *Brit Med J*. 2008;337:979–983. DOI: 10.1055/a-1101-6960.
- Cramer E, Hunter B. Relationships between working conditions and emotional wellbeing in midwives. *Women Birth*. 2019;32(6):521–532. DOI: 10.1016/j.wombi.2018.11.010.
- Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *J Adv Nurs*. 2000;32(2):454–464. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2000.01496.x.
- Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. *J Appl Psychol*. 2001;86(3):499–512. DOI: 10.1037/0021-9010.86.3.499.
- Demerouti E, Bakker AB. The Job Demands-Resources model: Challenges for future research. *SA J Industr Psychol*. 2011;37(2). DOI: 10.4102/sajip.v37i2.974.
- Demerouti E, Nachreiner F. Zum Arbeitsanforderungen-Arbeitsressourcen-Modell von Burnout und Arbeitsengagement – Stand der Forschung. *Z Arb Wiss*. 2019;73(2):119–130. DOI: 10.1007/s41449-018-0100-4.
- Deutscher Hebammenverband. Zahlenspiegel zur Situation der Hebamme 6/2017. 2017 [Zugriff: 31.03.2021]. Verfügbar unter: https://www.unsere-hebammen.de/w/files/tour-1/dhv-zahlenspiegel_web.pdf
- Deutscher Hebammenverband. Zahlenspiegel zur Situation der Hebammen 11/2019. 2019 [Zugriff: 31.03.2021]. Verfügbar unter: https://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_securedownloads&p=3805&u=0&g=0&t=1597087504&hash=0aff59b9f1bbe9092676499ae5995b3f8d90c6f7&file=/fileadmin/user_upload/pdf/Presse/2019_11_Zahlenspiegel_zur_Situation_der_Hebammen.pdf
- Flick U. Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung. 8th ed. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2017.
- George W. Regionale Gesundheitsversorgung als Chance zukunftsfähiger Ziel- und Ressourcensteuerung im Gesundheitswesen. In: George W, Bonow M, editors. *Gesundheitsversorgung*. Lengerich, Westf: Pabst Science Publishers; 2007. p.21–37.
- GKV-Spitzenverband. Zusammenfassung des GKV-Spitzenverbandes als Ergänzung zum Abschlussbericht der interministeriellen Arbeitsgruppe "Versorgung mit Hebammenhilfe". 2014 [Zugriff: 31.03.2021]. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/hebammen_1/14-01-07_Zusammenfassende_Stellungnahme_GKV-SV_Leseversion.pdf
- Hasselhorn H-M, Tackenberg P, Müller BH. Vorzeitiger Berufsausstieg aus der Pflege in Deutschland als zunehmendes Problem für den Gesundheitsdienst – eine Übersichtsarbeit. *Gesundheitswesen*. 2003;65(1):40–6. DOI: 10.1055/s-2003-36918.
- Hasselhorn H-M, Müller BH, Tackenberg P. Die Untersuchung des vorzeitigen Ausstiegs aus dem Pflegeberuf in Europa - die europäische NEXT-Studie. In: Hasselhorn H-M, editor. *Berufsausstieg bei Pflegepersonal: Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. Bremerhaven, Dortmund, Bremerhaven: Wirtschaftsverl. NW, Verl. für Neue Wiss; Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; 2005. p.11–20.
- Hobfoll SE. Social and psychological resources and adaptation. *Review Gen Psychol*. 2002;6(4):307–324. DOI:10.1037//1089-2680.6.4.307.
- Jarosova D, Gurkova E, Palese A, Godeas G, Ziakova K, Song MS et al. Job satisfaction and leaving intentions of midwives: analysis of a multinational cross-sectional survey. *J Nurs Manag*. 2016;24(1):70–79. DOI: 10.1111/jonm.12273.
- Karasek RA. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Admin Sci Quart*. 1979;24(2):285–308. DOI: 10.2307/2392498.
- Karasek R, Theorell T. *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York, NY: Basic Books; 1999.
- Kool L, Feijen-de Jong EI, Schellevis FG, Jaarsma DADC. Perceived job demands and resources of newly qualified midwives working in primary care settings in The Netherlands. *Midwifery*. 2019;69:52–58. DOI:10.1016/j.midw.2018.10.012.
- Kruse J, Schmieder C, Weber KM, Dresing T, Pehl T. *Qualitative Interviewforschung: Ein integrativer Ansatz*. 2nd ed. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2014.
- Kuckartz U. *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 3rd ed. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2016.
- Maslach C. Understanding Burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. In: Paine W.S., editor. *Job stress and burnout*. Beverly Hills, CA: Sage; 1982. p.29–40.
- Meijman TF, Mulder G. Psychological Aspects of Workload. In: Drenth PJD, Thierry H, editors. *Handbook of Work and Organizational Psychology*. Hove: Psychology Press; 1998. p.5–33.
- Mössinger C, Weigl M, Sayn-Wittgenstein F zu. Stress bei der Arbeit – Warum freiberufliche Hebammen in Bayern die Geburtshilfe aufgeben: Eine Querschnittsstudie. *GMS Z Hebammenwiss*. 2019;(6):20–25. DOI:10.3205/ZHWI000013.
- Mummendey H. Methoden und Probleme der Kontrolle sozialer Erwünschtheit (Social Desirability). *Z Differentielle Diagnostische Psychol*. 1981;2(3):199–218.
- Pierce JL, Gardner DG. Self-Esteem Within the Work and Organizational Context: A Review of the Organization-Based Self-Esteem Literature. *J Manag*. 2004;30(5):591–622. DOI: 10.1016/j.jm.2003.10.001.
- Pohontsch N, Meyer T. Das kognitive Interview - Ein Instrument zur Entwicklung und Validierung von Erhebungsinstrumenten. *Rehabilitation*. 2015;54(1):53–59. DOI: 10.1055/s-0034-1394443.
- Pugh JD, Twigg DE, Martin TL, Rai T. Western Australia facing critical losses in its midwifery workforce: a survey of midwives' intentions. *Midwifery*. 2013;29(5):497–505. DOI: 10.1016/j.midw.2012.04.006.
- Sander M, Albrecht M, Loos S, Stengel V, Kleinschmidt L. Studie zur Hebammenversorgung im Freistaat Bayern. Berlin; 2018 [Zugriff: 31.03.2021]. Verfügbar unter: https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2018/08/hebammenstudie_vollfassung.pdf
- Sander M, Albrecht M, Temizdemir E. Hebammenstudie Sachsen: Studie zur Erfassung der Versorgungssituation mit Hebammenleistungen in Sachsen sowie zur Möglichkeit der kontinuierlichen landesweiten Erfassung von Daten über Hebammenleistungen. 2019 [Zugriff: 31.03.2021]. Verfügbar unter: <https://publikationen.sachsen.de/bdb/artikel/33820>
- Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I et al. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med*. 2004;58(8):1483–1499. DOI: 10.1016/S0277-9536(03)00351-4.
- Simon D, Tackenberg P, Hasselhorn H-M, Kümmerling A, Büscher A, Müller BH. Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. 2005 [Zugriff: 31.03.2021]. Verfügbar unter: http://www.altenpflege-online.net/content/download/146776/2922740/file/ap_09_10_pflegepraxis_next.pdf
- Six B, Caspar F. Attributionsfehler. In: Wirtz MA, editor. *Dorsch - Lexikon der Psychologie*. 19th ed. Bern: Hogrefe AG; 2020. p.217.
- Stahl K. Arbeitssituation von angestellten Hebammen in deutschen Kreißsälen – Implikationen für die Qualität und Sicherheit der Versorgung. *Z Evidenz Fortbildung u Qualität im Gesundheitswesen*. 2016;(in press). DOI: 10.1016/j.zefq.2016.07.005
- Stahl K, Hildebrandt H, y Lehen C, Döring R, Siegmund-Schultze E. Verbesserung der Situation der Geburtshilfe in Baden-Württemberg: Maßnahmenplan. 2019 [Zugriff: 31.03.2021]. Verfügbar unter: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Runder-Tisch-Geburtshilfe/RTG_Massnahmenplan-OptiMedis_April-2019.pdf
- Statistisches Bundesamt. *Grunddaten der Krankenhäuser* 2007. 2008.
- Statistisches Bundesamt. *Grunddaten der Krankenhäuser* 2017. 2018.
- Sterne JAC, Hernán MS, McAleenan A, Reeves BC, Higgins JPT. Assessing risk of bias in a non-randomized study. In: Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page, M. J. Welch, V. A., editors. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. 2nd ed. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell; 2020. p.621–41.
- Widerszal-Bazyl M, Radkiewicz P, Hasselhorn H-M, Conway P. Die Analyse von Pflegearbeit unter Anwendung des Demand-Control-Support-Modells in zehn europäischen Ländern. In: Hasselhorn H-M, editor. *Berufsausstieg bei Pflegepersonal: Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. Bremerhaven, Dortmund: Wirtschaftsverl. NW, Verl. für Neue Wiss; Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; 2005. p.109–15.
- Wirtz MA. Hof-Effekt. In: Wirtz MA, editor. *Dorsch - Lexikon der Psychologie*. 19th ed. Bern: Hogrefe AG; 2020. p.772.
- Wirtz MA, Schulz A. Evidenzbasierung in der Rehabilitation – Studiendesigns und konzeptuelle Grundlagen der empirischen Analyse der Wirksamkeit von Rehabilitationsmaßnahmen. *Rehabilitation*. 2020;59(3):303–314. DOI: 10.1055/a-1064-6587.
- Xanthopoulos D, Bakker AB, Demerouti E, Schaufeli WB. The role of personal resources in the job demands-resources model. *Int J Stress Manag*. 2007;14(2):121–141. DOI: 10.1037/1072-5245.14.2.121.

Eipollösung zur Geburtseinleitung

Finucane EM, Murphy DJ, Biesty LM, Gyte G ML, Cotter AM, Ryan EM, Bouvain M, Devane D

Zusammenfassung eines Cochrane-Reviews

Übersetzung durch Nina Peterwerth, M.Sc.

Hintergrund

Eine Einleitung der Geburt beinhaltet die künstliche Stimulation von Gebärmutterkontraktionen, um das Einsetzen der Wehen zu fördern. Es gibt verschiedene pharmakologische, operative und mechanische Methoden, um die Geburt einzuleiten. Die Eipollösung ist eine mechanische Technik, bei der ein/-e Geburtshelfer/-in einen oder zwei Finger in den Gebärmutterhals einführt und mit einer kontinuierlichen kreisenden Wischbewegung den unteren Pol der Membranen vom unteren Uterinsegment ablöst. Dies produziert Hormone, die das Verstärken der Cervix und die Dilatation des Muttermundes anregen, was möglicherweise die Geburt fördert. Dieser Review ist eine Aktualisierung eines erstmals 2005 veröffentlichten Reviews.

Ziele

Bewertung der Wirksamkeit und der Sicherheit der Eipollösung zur Geburtseinleitung bei Frauen am oder nahe dem errechneten Geburtstermin (≥ 36 Schwangerschaftswochen).

Suchstrategie

Wir durchsuchten das Cochrane Pregnancy and Childbirth's Trials Register (25. Februar 2019), ClinicalTrials.gov, die Plattform des Internationalen Registers für klinische Studien der WHO, (ICTRP) (25. Februar 2019) und die Referenzlisten gefundener Studien.

Auswahlkriterien

Randomisierte und quasi-randomisierte kontrollierte Studien, in denen eine Eipollösung zur zervikalen Reifung oder zur Geburtseinleitung im dritten Trimester mit einem Placebo/keiner Behandlung oder anderen Methoden, gelistet auf einer vordefinierten Liste von Methoden zur Geburtseinleitung, verglichen wurden. Cluster-randomisierte Studien kamen für den Einschluss infrage, jedoch wurden keine solchen identifiziert.

Datensammlung und -analyse

Zwei Review-Autoren bewerteten die Studien unabhängig voneinander bezüglich Einschluss, Risiko für Bias und extrahierten Daten. Die Daten wurden auf ihre Richtigkeit überprüft. Uneinigkeiten wurden durch Diskussion oder Einbezug eines dritten Review-Autors gelöst. Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz wurde mit dem GRADE-Ansatz bewertet.

Hauptergebnisse

Wir schlossen 44 Studien (20 neue in dieser Aktualisierung) ein, die Daten zu 6940 Frauen und ihren Neugeborenen berichteten. Wir verwendeten durchgängig Random-Effects-Modelle.

Insgesamt wurde das Risiko für Bias über alle Studien hinweg für die meisten Bereiche als niedrig oder unklar eingeschätzt. Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz, bewertet mit GRADE, erwies sich im Allgemeinen als niedrig, was hauptsächlich auf das Studiendesign, Inkonsistenz und unzureichende Präzision zurückzuführen ist. Sechs Studien ($n = 1284$) verglichen eine Eipollösung mit mehr als einer Intervention und wurden daher in mehr als einen Vergleich einbezogen.

Keine der Studien berichtete Ergebnisse zu den Endpunkten uterine Überstimulierung mit/ohne Veränderung der fetalen Herzfrequenz, Uterusruptur oder neonatale Enzephalopathie.

Vierzig Studien (6548 Teilnehmende) verglichen eine Eipollösung mit keiner Behandlung/Scheinbehandlung

Für Frauen, die einer Eipollösung zugeteilt wurden, ist es möglicherweise wahrscheinlicher:

- ◆ einen spontanen Beginn der Wehentätigkeit zu erleben (durchschnittliches Risiko-Verhältnis (aRR) 1,21; 95% Konfidenzintervall (KI) 1,08 bis 1,34; 17 Studien, 3170 Teilnehmende, niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz);

aber weniger wahrscheinlich:

- ◆ eine Geburtseinleitung zu erleben (aRR 0,73; 95% KI 0,56 bis 0,94; 16 Studien, 3224 Teilnehmende, niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz).

Möglicherweise gibt es lediglich einen geringen bis keinen Unterschied zwischen den Gruppen in Bezug auf die Endpunkte:

- ◆ Kaiserschnitt (aRR 0,94; 95% KI 0,85 bis 1,04; 32 Studien, 5499 Teilnehmende, moderate Vertrauenswürdigkeit der Evidenz);
- ◆ Spontangeburt (aRR 1,03; 95% KI 0,99 bis 1,07; 26 Studien, 4538 Teilnehmende, moderate Vertrauenswürdigkeit der Evidenz);
- ◆ mütterlicher Tod oder schwere Morbidität (aRR 0,83; 95% KI 0,57 bis 1,20; 17 Studien, 2749 Teilnehmende, niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz);
- ◆ Neonataler/perinataler Tod oder schwere Morbidität (aRR 0,83; 95% KI 0,59 bis 1,17; 18 Studien, 3696 Teilnehmende; niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz).

Vier Studien berichteten Daten für 480 Frauen, die eine Eipollösung im Vergleich mit vaginalen/intrazervikalen Prostaglandinen erhielten

Möglicherweise gibt es lediglich einen geringen bis keinen Unterschied zwischen den Gruppen für die Endpunkte:

- ◆ spontaner Beginn der Wehentätigkeit (aRR, 1,24; 95% KI 0,98 bis 1,57; 3 Studien, 339 Teilnehmende, niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz);
- ◆ Geburtseinleitung (aRR 0,90; 95% KI 0,56 bis 1,45; 2 Studien, 157 Teilnehmende, niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz);
- ◆ Kaiserschnitt (aRR 0,69; 95% KI 0,44 bis 1,09; 3 Studien, 339 Teilnehmende, niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz);
- ◆ Spontangeburt (aRR 1,12; 95% KI 0,95 bis 1,32; 2 Studien, 252 Teilnehmende, niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz);
- ◆ mütterlicher Tod oder schwere Morbidität (aRR 0,93; 95% KI 0,27 bis 3,21; 1 Studie, 87 Teilnehmende, niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz);

- ◆ Neonataler/perinataler Tod oder schwere Morbidität (aRR 0,40; 95% KI 0,12 bis 1,33; 2 Studien, 269 Teilnehmende, niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz).

Eine Studie berichtete Daten für 104 Frauen, die eine Eipollösung im Vergleich mit intravenösem Oxytocin mit oder ohne Amniotomie erhielten

Möglicherweise gibt es lediglich einen geringen bis keinen Unterschied zwischen den Gruppen in Bezug auf die Endpunkte:

- ◆ das Einsetzen eines spontanen Beginns der Wehentätigkeit (aRR 1,32; 95% KI 88 bis 1,96; 1 Studie, 69 Teilnehmende, niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz);
- ◆ eine Einleitung der Geburt (aRR 0,51; 95% KI 0,05 bis 5,42; 1 Studie, 69 Teilnehmende, niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz);
- ◆ einen Kaiserschnitt (aRR 0,69; 95% KI 0,12 bis 3,85; 1 Studie, 69 Teilnehmende, niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz);
- ◆ mütterlicher Tod oder schwere Morbidität wurden erhoben, es traten jedoch keine Ereignisse auf.

Zwei Studien, die Daten für 160 Frauen berichteten, verglichen Eipollösung mit vaginalem/oralem Misoprostol

Möglicherweise gibt es lediglich einen geringen bis keinen Unterschied zwischen den Gruppen in Bezug auf die Endpunkte:

- ◆ Kaiserschnitte (RR 0,82; 95% KI 0,31 bis 2,17; 1 Studie, 96 Teilnehmende, niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz).

Eine Studie, die Daten für 355 Frauen berichtete, verglich eine einmal wöchentlich durchgeführte Eipollösung mit einer zweimal wöchentlich durchgeführten Eipollösung und einer Scheinbehandlung

Möglicherweise gibt es lediglich einen geringen bis keinen Unterschied zwischen den Gruppen in Bezug auf die Endpunkte:

- ◆ Geburtseinleitung (RR 1,19; 95% KI 0,76 bis 1,85; 1 Studie, 234 Teilnehmende, niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz);
- ◆ Kaiserschnitte (RR 0,93; 95% KI 0,60 bis 1,46; 1 Studie, 234 Teilnehmende, niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz);
- ◆ Spontangeburt (RR 1,00; 95% KI 0,86 bis 1,17; 1 Studie, 234 Teilnehmende, moderate Vertrauenswürdigkeit der Evidenz);
- ◆ mütterlicher Tod oder schwere mütterliche Morbidität (RR 0,78; 95% KI 0,30 bis 2,02; 1 Studie, 234 Teilnehmende, niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz);
- ◆ neonataler Tod oder schwere neonatale perinatale Morbidität (RR 2,00; 95% KI 0,18 bis 21,76; 1 Studie, 234 Teilnehmende, niedrige Vertrauenswürdigkeit der Evidenz);

Wir fanden keine Studien, die eine Eipollösung ausschließlich mit einer Amniotomie oder mechanischen Methoden verglichen.

Drei Studien, die Daten für 675 Frauen lieferten, berichteten, dass die Frauen ihre Erfahrung mit einer Eipollösung positiv bewerteten und eine Studie berichtete, dass 88% (n = 312) der befragten Frauen in der postnatalen Phase eine Eipollösung in der nächsten Schwangerschaft wählen würden.

Zwei Studien, die Daten für 290 Frauen lieferten, berichteten, dass eine Eipollösung kostengünstiger ist als die Verwendung von Prostaglandinen, wenngleich in diesem Bereich mehr Forschung betrieben werden sollte.

Schlussfolgerungen der Autoren

Eipollösung kann wirksam sein, um ein spontanes Einsetzen der Wehentätigkeit zu erreichen, aber die Evidenz dafür war von niedriger Vertrauenswürdigkeit. Verglichen mit einem abwartenden Management verringert sie möglicherweise das Auftreten einer formalen Geburtseinleitung. Offen bleibt, ob es eine optimale Anzahl von Eipollösungen und der zeitlichen Anwendung im Schwangerschaftsverlauf gibt, um die Geburtseinleitung zu begünstigen.

Zitation des Cochrane Reviews:

Finucane EM, Murphy DJ, Biesty LM, Gyte G ML, Cotter AM, Ryan EM, Boulvain M, Devane D. Membrane sweeping for induction of labour. Cochrane Systematic Review - Intervention Version Issue 2 2020 Art. No. CD000451. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000451.pub3>

Literatur von Seite 50:

- Salmon P, Drew NC. Multidimensional assessment of women's experience of childbirth: relationship to obstetric procedure, antenatal preparation and obstetric history. *Journal of Psychosomatic Research*. 1992; 36(4):317-27.
- Smarandache A, Kim THM, Bohr Y, Tamim H. Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women. *BMC pregnancy and childbirth*. 2016; 16:114. DOI: 10.1186/s12884-016-0903-2
- Spaich S, Welzel G, Berlit S, Temerinac D, Tuschy B, Sütterlin M, et al. Mode of delivery and its influence on women's satisfaction with childbirth. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2013; 170(2):401-6. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2013.07.040
- Stadlmayr W, Bitzer J, Hosli I, Amsler F, Leupold J, Schwendke-Kliem A, et al. Birth as a multidimensional experience: comparison of the English- and German-language versions of Salmon's Item List. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2001; 22(4):205-14.
- Stadlmayr W, Amsler F, Lemola S, Stein S, Alt M, Burgin D, et al. Memory of childbirth in the second year: the long-term effect of a negative birth experience and its modulation by the perceived intranatal relationship with caregivers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2006; 27(4):211-24.
- Stahl K. Prädiktoren der intra- und postpartalen Betreuungserfahrung: Schlüsseldimensionen einer guten Betreuung aus Sicht der Gebärenden und Wöchnerinnen. *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft*. 2018; 06(02):74-81.
- Thies-Lagergren L, Johansson M. Intrapartum midwifery care impact Swedish couple's birth experiences: A cross-sectional study. *Women and Birth*. 2018; 32(3):213-20. DOI: 10.1016/j.wombi.2018.08.163
- Ulfeddottir H, Nissen E, Ryding E-L, Lund-Egloff D, Wiberg-Itzel E. The association between labour variables and primiparous women's experience of childbirth: a prospective cohort study. *BMC pregnancy and childbirth*. 2014; 14:208. DOI: 10.1186/1471-2393-14-208
- Waldenström U. Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal Of Psychosomatic Research*. 1999; 47(5):471-82.
- Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth: Issues in Perinatal Care*. 2004; 31(1):17-27.
- Yildirim G, Beji NK. Effects of Pushing Techniques in Birth on Mother and Fetus: A Randomized Study. *Birth*. 2008; 35(1):25-30. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2007.00208.x

Verstehen, Relevanzsetzung und Wissen in Gesprächen der Schwangerenberatung

Prof.in Dr. Kati Hannken-Illjes, Sara Honegger M.A., Ina Völker M.A., Dr. Tanja Giessler

Hintergrund

In diesem Aufsatz stellen wir ein laufendes Forschungsprojekt zu „Verstehen, Relevanzsetzung und Wissen in der Schwangerenberatung“ vor. Seinen Ausgangspunkt hat es in der Klinik für Geburtshilfe des Universitätsklinikums Marburg mit ihrem Leiter Dr. Siegmund Köhler in der Frage, wie es sein kann, dass Frauen nach der Geburt häufig sagen, von bestimmten Ereignissen und Entscheidungen unter der Geburt überrascht worden zu sein, obwohl die Hebammen und Ärzte*Ärztinnen sicher sind, diese Punkte im Gespräch erläutert und besprochen zu haben. Dazu blicken wir auf die Gespräche selbst. Unsere grundlegende Frage ist, wie sich die Gesprächspartner*innen gegenseitig Verstehen anzeigen, wie die Relevanz von Themen im Gespräch hergestellt wird, und wie damit gemeinsam Wissen hergestellt wird. Das Projekt geht interaktionslinguistisch und gesprächsanalytisch vor und folgt damit einem qualitativen Design. Arbeiten mit einem solchen Design stellen zunächst einmal den Anspruch an ihr Untersuchungsmaterial, dass es aus natürlichen Interaktionen hervorgeht, und nicht aus eigens für den Forschungszweck erzeugten Daten [15: S. 85]. Ziel gesprächsanalytischer Arbeiten ist es, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie das Miteinander-Sprechen organisiert ist, indem Regeln und Verfahren untersucht werden, die die Kommunikationspartner*innen zumeist routinemäßig anwenden, um für- und miteinander kommunikativen Sinn herzustellen [6: S. 4, 9: S. 17]. Dabei ist eine Prämisse zentral: Gesprächsanalytiker*innen gehen davon aus, dass die soziale Realität nicht als vorgegebene Struktur existiert, sondern interaktiv als „Vollzugswirklichkeit“ von den Gesprächsbeteiligten hergestellt wird [15: S. 79 f., 1: S. 12].

Im konkreten Vorgehen schlagen sich diese Grundannahmen wie folgt nieder: Mittels rekonstruierender Verfahren, also detaillierter Fallanalysen der aufgezeichneten Interaktionsergebnisse, werden die routinisierten, aber nicht unbedingt bewusst eingesetzten gesprächsorganisatorischen Praktiken der Beteiligten in ihrer sequenziellen Abfolge zunächst beobachtet und beschrieben. Aus diesen Beobachtungen werden die Regeln und Regularitäten abstrahiert, mit denen sich die Gesprächsbeteiligten wechselseitig Orientierung geben, um das soziale Ereignis des Miteinander-Sprechens herzustellen [6: S. 19]. Dabei soll durchgehend ein enger Bezug zum Datenmaterial gewahrt, kein noch so unscheinbares Detail im Vorhinein ausgeschlossen und keine vorher festgelegten Kategorien an das Datenmaterial angelegt werden [15: S. 46, 6: S. 22].

Für derartig detailreiche Analysen ist es im Rahmen der Datenaufbereitung erforderlich, dass das per Ton- bzw. Videoaufnahme aufgezeichnete Datenmaterial transkribiert wird. Dabei werden nicht nur die verbalen Äußerungen, sondern ggf. auch damit einhergehende paraverbale (z.B. prosodische Merkmale, Pausenverhalten, etc.) und häufig auch nonverbale (im Falle von Videoaufzeichnungen z.B. Gestik, Mimik, Raumverhalten etc.) Merkmale der Gesprächsbeiträge notiert.

Fragestellung und Ziele

Gespräche im medizinischen Kontext konfrontieren die Beteiligten mit hohen ethischen, juristischen und emotionalen Anforderungen. Dies gilt

insbesondere für Gespräche in der Geburtshilfe und Schwangerenberatung, in denen Schwangere ob der Fülle an Informationen und Erwartungen an sie als werdende Mütter häufig unsicher sind und Hebammen und Ärzte*Ärztinnen oft defensiv agieren, um sich juristisch abzusichern. Dies kann im Kontrast zur Notwendigkeit stehen, einen *common ground* herzustellen, um Entscheidungen gemeinsam und informiert treffen zu können. So befinden sich Gespräche in der Schwangerenberatung in einem besonderen Spannungsfeld, haben aber in der Gesprächsforschung, anders als andere medizinische Bereiche, bisher wenig Aufmerksamkeit erfahren. Dies überrascht, handelt es sich doch um einen Lebensbereich, der essentielle ethische und gesellschaftspolitische Fragen tangiert.

Auch wenn die Akteur*innen andere sind, passen diese Gespräche in der Schwangerenberatung in das Paradigma der interaktionslinguistisch geprägten Forschung zu Ärzte*Ärztinnen-Patient*innen Gesprächen (im Folgenden APG), in Bezug auf den institutionellen Rahmen, die Anamnese als Gesprächsbestandteil und insbesondere in Hinblick auf die Kernfrage des Projektes, die Konstitution und Bearbeitung von Wissen. APG sind geprägt durch eine Wissensasymmetrie der Teilnehmer*innen. Ärzte*Ärztinnen bzw. Hebammen verfügen über professionelles, medizinisches und kategoriales Wissen, die Patient*innen hingegen über Alltagswissen in Bezug auf Krankheit [40: S. 32] bzw. Schwangerschaft, über nicht-professionelles Wissen (durch Lektüre oder eine enge Verbindung zum Feld) und zudem über direktes Erfahrungswissen zu ihrem körperlichen und seelischen Befinden (auch über vorangegangene Schwangerschaften und Geburten). Im APG findet so ein Wissenstransfer statt, bei dem Teile der differierenden Wissensbestände verbalisiert, interaktiv und mental bearbeitet sowie teilweise ausgeglichen werden [11: S. 91]. Dies gilt auch für geburtshilfliche Gespräche.

In Gesprächen der Schwangerenberatung, so wie sie am Klinikum durchgeführt werden, kommen die Schwangeren im letzten Trimester der Schwangerschaft in die Klinik, um sich für die Geburt anzumelden. In der Regel kennen sich Hebamme und Schwangere noch nicht. Zudem besteht in diesen Gesprächen eine Wissensasymmetrie in zwei Richtungen: Die Hebamme weiß nicht und will wissen, wie die Schwangerschaft verlaufen ist und wie es der Schwangeren geht. Die Schwangere erfährt, was sie unter der Geburt erwartet und erhält Informationen über verschiedene mögliche Verläufe der Geburt. Zudem kann die Schwangere Fragen stellen oder Geburtspläne besprechen. Trotz einiger Ähnlichkeiten unterscheidet sich dieses Gesprächsformat aber auch in einem zentralen Aspekt von anderen APG: Unauffällig verlaufende Schwangerschaften sind keine Krankheiten, haben aber dennoch eine medizinische Dimension. Hinzu kommt, dass es verschiedene normative Diskurse zur Geburt gibt, die mit dem Druck verbunden sein können, möglichst eine „gute Geburt“ hinzubekommen, um so eine „gute Mutter“ zu sein [42, 36]. So bilden diese Gespräche eine sehr spezifische Verbindung von Themen und Normorientierungen.

Die meisten Publikationen zum Gespräch in der Geburtshilfe sind praktisch ausgerichtet, benennen keine empirische Basis und geben Rat-

schläge für eine gute Gesprächsführung [7, 19] oder arbeiten von einer kommunikationspsychologischen Basis aus [2]. Ausnahmen bilden die Arbeiten von Wimmer-Puchinger et al. [41] und Leeners [27], die natürliche Gesprächsdaten nutzen. Aber auch diese Studien sind in erster Linie praktisch ausgerichtet und spiegeln nicht die heutigen Gesprächsbedingungen wider, die durch die Information über das Internet, die Häufigkeit von – und Furcht vor – Schadensersatzklagen in der Geburtshilfe sowie einer stärkeren Technisierung geprägt sind. Ausgehend von den im Feld formulierten Problemen und den Forschungsdesiderata bearbeitet das Projekt die Fragestellung, wie in Gesprächen der Schwangerenberatung durch die Teilnehmenden Verstehen, Relevanz und Wissen interaktiv hergestellt werden. Dabei beschreiben wir Verstehen und Wissen als interaktive Ressourcen und interessieren uns dafür, wie Teilnehmende einander im Gespräch anzeigen, dass und wie etwas verstanden wurde und was als gemeinsames Wissen behandelt werden kann. Ein zentraler Aspekt ist dabei, wie durch verschiedene sprachliche, aber auch stimmliche und prosodische Formen die Relevanz einzelner Inhalte hergestellt und hoch- oder runtergestuft wird.

Das Projekt verfolgt mit der Untersuchung dieser Fragestellung zwei Ziele: zum einen die Beschreibung von Gesprächen der Schwangerenberatung als eigenem Gesprächsformat mit spezifischen Funktionen und zum anderen, darauf aufbauend, die Entwicklung von Handreichungen zur Gesprächsführung für die Praxis. Diese übergreifenden Fragestellungen gliedern sich auf in Teilprojekte, die spezifische kommunikative Praktiken zur Herstellung von Verstehen, Relevanz und Wissen in den Blick nehmen: das Erzählen, die Themeninitiierung und das Argumentieren.

Methodisches Vorgehen und Daten

Das Projekt geht prozessorientiert und sequentiell vor und verortet sich gesprächsanalytisch und gesprächsrhetorisch. Die Gesprächsanalyse ist seit fast 40 Jahren ein zentrales Forschungsparadigma für APG [21] und geht davon aus, „that physician and patient, with various levels of mutual understanding, conflict, cooperation, authority, and subordination, jointly construct the medical visit“ [21: S. 362]. Die Analysen und Ergebnisse werden an das Feld zurückgespielt, mit den Hebammen diskutiert sowie gesprächspraktisch gewendet. Damit folgt das Projekt einem sprechwissenschaftlich orientierten Zugang, der die grundlegende gesprächsrhetorische Analyse im Sinne einer *grounded practical theory* [14] an die Praxis bindet.

Grundlage der Analysen sind Gespräche der Schwangerenberatung, also natürliche Gesprächsdaten. Das Korpus wurde 2017 und 2018 in zwei Phasen erhoben und umfasst 37 mit Video aufgezeichnete Gespräche, deren Länge zwischen 10 und 60 Minuten variiert, mit einer mittleren Länge von 20 Minuten. Das Korpus ist nahezu vollständig nach GAT2-Konventionen [39] transkribiert. Das Datenmanagement folgt den „Empfehlungen zu datentechnischen Standards und Tools bei der Erhebung von Sprachkorpora“ der DFG [17], ein Ethikvotum liegt vor.

Teilprojekt 1: Erzählen in der Schwangerenberatung

In den Anmeldegesprächen nimmt die Anamneseerhebung und damit die persönliche Vorgeschichte der Schwangeren einen großen Anteil ein. In diesem Zusammenhang können Erzählungen stattfinden, wenn

beispielsweise vorherige Schwangerschaften und Geburten oder auch mögliche Vorerkrankungen behandelt werden. So erzählt die Schwangere (FS) der Hebamme (ML) und der Hebammenschülerin (HT) im folgenden Transkriptausschnitt von den Widrigkeiten beim Stillen ihres ersten Kindes und positioniert sich damit zum Stillen und zu den Hoffnungen für dieses Mal (siehe Transkriptionskonvention in Tabelle 1):

0930 FS [ich hoffe] DIEses mal gehts besser,
0931 also ÖHM-
0932 es hat mega WEH getan,=
0933 =und dann irgendwann: "h hat die <<zeigend> Ilne >
brust dann keine MILCH mehr gegeben,=
0934 =ich weiß AU nich warum,=
0935 =dann hatt ich [(hält die Hände in unterschiedlichem Ab
stand zur Brust))] [verSCHIEden große-]
0936 ML [hmHM]
0937 HT [hehe]
0938 FS und nur die Elne hat mi-=
939 =da hab ich aber TROTZdem WELter gemacht==

Ob und wie an dieser und an anderen Stellen erzählt wird, bildet den Ausgangspunkt für die Analyse. Erzählen „thematisiert ein Geschehen, einen zeitlichen Wandel und stellt entsprechend Ereignisse, Handlungen und Erfahrungsbilder dar, die eine temporale Veränderungsdimension beinhalten“ [28: S. 143]. Sie bekommen unter anderem durch den Kontext der Schwangerenberatung einen besonderen Charakter. Im Kontrast zu einem interrogativen Stil, der wenig Freiraum in den Antworten lässt, gilt für das Erzählen, dass „mehr und vor allem andersartige Informationen zur Sprache kommen“ können [25: S. 126]. Aus der Perspektive, dass Erzählungen einen anderen Zugang zu Patient*innen und deren Geschichte ermöglichen, hat sich die narrative Medizin entwickelt [5: S. 549]. Erzählungen können zu Diagnose-

Tabelle 1: Erklärung der Transkriptionszeichen (vgl. GAT 2-Konventionen bei Selting et al. [39]):

[]	Überlappungen und Simultansprechen
°h	Ein- bzw. Ausatmen von ca. 0.2-0.5 Sek. Dauer
(())	Para- und außersprachliche Handlungen und Ereignisse
<<zeigend> wort >	Sprachbegleitende para- und außersprachliche Handlungen und Ereignisse, mit Reichweite
hehe	Silbisches Lachen
=	Ein schneller, unmittelbarer Anschluss neuer Sprecherbeiträge oder Segmente (latching)
:	Dehnung um ca. 0.2-0.5 Sek.
akZENT	Fokusakzent
akzEnt	Nebenakzent
Tonhöhenbewegung am Ende von Intonationsphrasen	
?	Hoch steigend
,	Mittel steigend-gleichbleibend
;	Mittel fallend
.	Tief fallend
-	Schwebend (gleichbleibend)

zwecken genutzt werden und werden darüber hinaus mit Blick auf die Beziehung zwischen Arzt*Ärztin und Patient*in relevant [5: S. 547-548]. Damit steht in diesem Forschungszweig gerade zwischenmenschliches Handeln im Vordergrund, denn „die humane Perspektive ärztlichen Handelns wird verfehlt, wenn man auf Narrative verzicht[et]“ [22: S. 17]. Von besonderer Bedeutung ist die Beziehung zwischen Arzt*Ärztin und Hebamme und Patient*in im Feld der Schwangerenberatung [41: S. 277]. Betrachtet man die „für eine optimale Schwangerenbetreuung unbedingt erforderliche Vertrauensbasis“ [41], scheint es besonders brisant, dass zum Erzählen in der Schwangerenberatung zum jetzigen Zeitpunkt nur sehr wenige Forschungsarbeiten vorliegen.

Erzählen bietet darüber hinaus einen sehr guten Zugriff auf die Frage, wie in diesen Gesprächen Relevanz hergestellt wird und wie der Umgang mit Relevanzmarkierungen gestaltet ist. Denn Hebamme oder Arzt*Ärztin und Patient*in müssen beide im Verlauf des Gesprächs immer wieder die Entscheidung treffen, was zum jeweiligen Zeitpunkt für das Gespräch relevant ist [25]. Die Relevanzsetzung im Zusammenhang mit dem Erzählen bildet den Schwerpunkt des Teilprojekts, das Formen des Erzählens in Gesprächen der Schwangerenberatung beschreibt, seine Funktion systematisiert und es vor allem für die Hoch- oder Rückstufung von Relevanz betrachtet.

Teilprojekt 2: Themeninitiierung in der Schwangerenberatung

In den Gesprächen der Schwangerenberatung werden sowohl innerhalb der einzelnen Gespräche als auch gesprächsübergreifend ganz unterschiedliche Themen angesprochen, behandelt, weiterentwickelt aber auch auf einen späteren Zeitpunkt verschoben oder sogar an andere Zuständige (z.B. Ärzte*Ärztinnen oder nachsorgende Hebammen) delegiert. Ein Beispiel für ein häufig auftauchendes Thema wäre „Stillen“, wie es im oberen Transkriptausschnitt erkenntlich wird (hier in der Ausprägung „Probleme beim Stillen des ersten Kindes“ mit den Subthemen „Fehlende Milchproduktion“ und „Stillen trotz eigener Schmerzen und Krankheit“). Als Thema verstehen wir hierbei „den kommunikativ konstituierten Gegenstand oder Sachverhalt, über den in einem Diskurs oder Text(-abschnitt) fortlaufend etwas gesagt wird“ [43: S. 509]. Prozesse des Themenmanagements im Gespräch berühren in einem nicht geringen Maße Verfahren der interaktionalen Herstellung von Verstehen, Wissen und Relevanz im Gespräch, die im Rahmen des Gesamtprojektes betrachtet werden. Besonders der Vorgang der Themeninitiierung, also der Einführung eines neuen Themas in den Gesprächsverlauf, erscheint in dieser Hinsicht interessant: Initiierte Themen können einen neuen Schwerpunkt im Gespräch setzen oder aber zu einer Abwendung vom vorherigen Fokus führen und damit darüber bestimmen, welche Inhalte im Gespräch relevant werden. Das bedeutet, dass der- bzw. diejenige, der*die ein bestimmtes Thema auf eine bestimmte Art und Weise in das Gespräch integriert, einen erheblichen Einfluss auf den Gesprächsverlauf, das vermittelte bzw. erfragte Wissen und damit auch Einfluss auf interaktive Verstehensprozesse nehmen kann. Das Teilprojekt „Themeninitiierung in der Schwangerenberatung“ fokussiert genau dies und setzt sich zum Ziel, die Formen und Funktionen der Themeninitiierungen zu beschreiben. Die Untersuchung folgt dabei dem Paradigma von Covelli und Murray [13: S. 384], nach welchem die Themeninitiierung im Gespräch stets interaktiven Aushandlungsprozessen unterliegt: „it takes two to topic“.

Zwar gibt es bereits einige Arbeiten, die in erster Linie Erkenntnisse aus der Textlinguistik für die Untersuchung von Themen in Gesprächen nutzbar zu machen versuchen [31, 33, 43]: jedoch steht hierbei häufig eine theoretische Annäherung an den Themen-Begriff im Fokus bzw. das Thema wird lediglich als gesprächskonstituierender Gegenstand im Rahmen von linguistischer Einführungsliteratur zum Gespräch abgehandelt [9, 10, 29, 32, 34]. Außerdem wird die bisher vernachlässigte strukturbezogene Perspektive von thematischen Aspekten im Gespräch stärker integriert. Analysen von Themen im Gespräch wurden bisher vorwiegend aus prozeduraler Perspektive betrachtet, d.h. in Hinblick auf die interaktiven Verfahren (Prozeduren) und Aktivitäten der Gesprächspartner bei der Herausbildung der thematischen Strukturen im Gesprächsverlauf [18, 23, 35, 37]. Im Rahmen der Analysen der Themeninitiierungen in den Gesprächen der Schwangerenberatung werden zusätzlich die Ergebnisse dieses Interaktionsprozesses, die sprachlichen Einheiten (Gesprächsschritte, -sequenzen bzw. -phasen) in Hinblick auf ihre Struktur und Funktion beleuchtet und auf der sprachtheoretischen Ebene des Themas untersucht [7: S. 1252, 9: S. 9]. Hierbei berührt die Analyse auch Konzepte wie die Kohärenz oder Kohäsion von verschiedenen Einheiten im Gespräch [12]. Mittels Ergebnis- als auch Verfahrensanalyse werden diese beiden Perspektiven verknüpft, um einen umfassenden Blick auf die Formen und Funktionen der Themeninitiierungsprozesse zu erhalten, welche je nach Initiant*in, Art des Themas, sprachlicher und stimmlicher Form etc. variieren können. Ziel ist es, die verschiedenen konstituierenden Merkmale des Prozesses der Themeninitiierung im Gespräch herauszustellen und für das spezifische Gesprächsformat der Schwangerenberatung detailliert zu beschreiben.

Teilprojekt 3: Argumentieren in der Schwangerenberatung

Argumentation ist als Verfahren eng mit der Herstellung von kommunikativer Rationalität und der Legitimation von Entscheidungen verbunden. Ausgehend von Kleins Definition von Argumentation als dem „Überführen von etwas kollektiv Fraglichem in etwas kollektiv Geltendes mit Hilfe etwas kollektiv Geltendem“ [26: S. 19] hat Argumentation (mindestens) zwei Funktionen: Die Bearbeitung von Dissens und die Herstellung von Wissen [20: S. 19-21]. Diesem Verständnis folgend ist die Frage, ob und wie in APG argumentiert wird, auch von ethischer Bedeutung. Argumentation in APG ist eng mit dem Verfahren des *shared decision making* verbunden [3, 4] und damit auch an ein eher partizipatives Beziehungs- und Gesprächsmodell gebunden. Zudem wird Argumentieren in APG auch mit Adhärenz verbunden, ausgehend von der Annahme, dass gemeinsam argumentativ entwickelte therapeutische Vorgaben besser eingehalten werden [3, 24]. Zugleich ist Argumentieren im Gespräch grundsätzlich eng verbunden mit der Aktualisierung und Herstellung von Wissen. Diese epistemische Funktion von Argumentation zeigt sich in der Funktion des Übergangs von Grund zu Konklusion, dem Topos. Sie bleibt in den meisten Fällen implizit, aktualisiert aber für die Interaktion, was als *common ground* behandelt werden kann. Argumentieren ist also ein zentrales Verfahren für die Herstellung von gemeinsamem Wissen, in der einzelnen Interaktion wie auch in gesellschaftlichen Aushandlungsprozessen. Im Transkriptausschnitt legt beispielsweise die Schwangere dar, dass sie beim 1. Kind trotz aller Widrigkeiten versucht hat zu stillen (vgl. Zeile 0949) und begründet so, dass sie es auch dieses Mal versuchen will.

Trotz dieser Bedeutung für APG ist Argumentieren bisher kaum in den Blick genommen worden [4], und damit deutlich weniger prominent und differenziert als z. B. die Rolle des Erzählens, des Fragens oder des Erklärens in APG. Dies mag daran liegen, dass Argumentieren methodologisch für Arbeiten aus der Gesprächsforschung ein eher widerspenstiges Konzept ist, da eine Argumentationsanalyse immer die Rekonstruktion von impliziten Anteilen beinhaltet [16, 20, 36]. Zudem mag es nicht auf den ersten Blick plausibel scheinen, dass in APG argumentiert wird, ist Argumentation doch häufig mit dem Bearbeiten von Streitfragen verbunden und scheint so eine Form der Konfrontation vorauszusetzen, die in APG kaum erwartet wird. Hinzu kommt, dass Argumentieren doch zumindest die Annahme einer Ähnlichkeit im epistemischen Status der Beteiligten voraussetzt, anders als im Erklären [30]. Für die Analyse stellen sich die Fragen, welche Themen

argumentativ bearbeitet werden (können), wie sich Argumentieren und Erklären in diesen Kontexten voneinander abgrenzen und wie Erzählen und Argumentieren verbunden sind.

Schlussfolgerung

Momentan befindet sich das Projekt in der Analysephase, erste Ergebnisse erwarten wir, abhängig vom jeweiligen Teilprojekt, ab Ende 2021. Dann werden wir auch verstärkt die Übersetzung dieser Ergebnisse in die konkrete Praxis der Hebammen übernehmen. Wir hoffen so, für diese spezifische Form des Gesprächs eine umfassende Analyse und praktikable Handreichungen zur Gesprächsführung vorlegen zu können.

Institution: Philipps-Universität Marburg, Institut für Germanistische Sprachwissenschaft / AG Sprechwissenschaft, Deutschhausstraße 3, 35032 Marburg.

Interessenkonflikt: Die Autorinnen erklären, dass keinerlei finanzieller/materieller oder immaterieller Interessenskonflikt besteht.

Kontakt: kati.hannkenilljes@uni-marburg.de

Literatur:

1. Bergmann, J. Ethnomethodologische Konversationsanalyse. In: Schröder P, Steger H, Hrsg. Dialogforschung. Jahrbuch 1980 des Instituts für deutsche Sprache. Düsseldorf: Schwann; 1981. S. 9-51.
2. Berndt E. Kommunikation und Interaktion zwischen Gynäkologin/Gynäkologe und Patientin während der Schwangerschaft. Linz: Oberösterreichische Gebietskrankenkasse & Johannes-Kepler-Universität. 2003.
3. Bickenbach J. Argumentation and informed-consent in the doctor-patient relationship. In: Rubinelli S, Snoeck Henckemans AF, Hrsg. Argumentation and Health. Amsterdam: Benjamins; 2014. S. 5-18.
4. Bigi S. The role of argumentative strategies in the construction of emergent common ground in a patient-centered approach to the medical encounter. *Journal of Argumentation in Context*. 2018;7(2):141-156. DOI: 10.1075/jaic.18028.bigi
5. Birkner K. Erzählen im Arzt/Patient-Gespräch. In: Huber M, Schmid W, Hrsg. Grundthemen der Literaturwissenschaft: Erzählen. Berlin, Boston: de Gruyter; 2017. S. 547-565.
6. Birkner K, Auer P, Bauer A, Kothhoff H. Einführung in die Konversationsanalyse. Berlin: de Gruyter; 2020.
7. Bitzer J. Das Arzt-Patient-Gespräch in der Gynäkologie und Geburtshilfe. In: Langer T, Schnell MW, Hrsg. Das Arzt-Patient-Patient-Arzt-Gespräch: Ein Leitfaden für Klinik und Praxis. München: Marseille; 2009. S.53-62.
8. Brinker K, Hagemann J. Themenstruktur und Themenentfaltung in Gesprächen. In: Antos G, Brinker K et al, Hrsg. Text- und Gesprächslinguistik 2. Halbband. Berlin: de Gruyter; 2001. S. 1252-1263.
9. Brinker K, Sager SF. Linguistische Gesprächsanalyse. Eine Einführung. Berlin: Erich Schmidt Verlag; 2010.
10. Brown G, Yule G. Discourse Analysis. Cambridge; New York: Cambridge University Press; 1983.
11. Brünner G. Arzt-Patient-Kommunikation als Experten-Laien-Kommunikation. In: Neises M, Dietz S, Spranz-Fogazy T, Hrsg. Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Interaktion Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2005. S. 90-109.
12. Bublitz W. Topical coherence in spoken discourse. *Studia Anglica Posnaniensia*. 1989; 22:31-51.
13. Covelli LH, Murray SO. Accomplishing Topic Change. *Anthropological Linguistics*; 1980;22:382-389.
14. Craig RT, Tracy K. Building Grounded Practical Theory in Applied Communication Research: Introduction to the Special Issue. *Journal of Applied Communication Research*. 2014;42(3):229-243. DOI:10.1080/00909882.2014.916410
15. Deppermann A. Gespräche analysieren. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2008.
16. Deppermann A, Lucius-Hoene G. Argumentatives Erzählen. In: Deppermann A, Hartung M, Hrsg. Argumentieren in Gesprächen. Tübingen: Stauffenburg; 2006. S.130-144.
17. DFG. Empfehlungen zu datentechnischen Standards und Tools bei der Erhebung von Sprachkorpora. 2015. Verfügbar unter: http://www.dfg.de/download/pdf/foerderung/grundlagen_dfg_foerderung/informationen_fachwissenschaften/geisteswissenschaften/standards_sprachkorpora.pdf
18. Franck D. Grammatik und Konversation. Königstein/Ts.: Scriptor; 1980.
19. Gairing-Bürglin A, Tschudin S. Richtig kommunizieren in der Geburtshilfe. *Therapeutische Umschau*. 2008;65:653-656. DOI: 10.1024/0040-5930.65.11.653
20. Hannken-Illjes, K. Argumentation. Einführung in die Theorie und Analyse der Argumentation. Tübingen: Narr; 2018.
21. Heritage J, Maynard DW. Problems and Prospects in the Study of Physician-Patient Interaction: 30 Years of Research. *Annual Review of Sociology*. 2006;32(1):351-374. DOI: 10.1146/annurev.soc.32.082905.093959
22. Kalitzkus V, Wilm S, Matthiessen PF. Narrative Medizin – was ist es, was bringt es, wie setzt man es um? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*. 2009;85(2):60-66. Verfügbar unter: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssor-65019>.
23. Kallmeyer W. Fokuswechsel und Fokussierungen als Aktivitäten der Gesprächskonstitution. Meyer-Hermann R, Hrsg. Sprechen – Handeln – Interaktion. Tübingen: Max Niemeyer; 1978. S.191-241.
24. Koerfer A, Albus C Dialogische Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient. Busch A, Spranz-Fogasy T, Hrsg. Handbuch Sprache in der Medizin. Berlin: de Gruyter; 2015. S.116-134.
25. Koerfer A, Köhle K. Was ist erzählenswert? Das Relevanzproblem in einer narrativen Medizin. *Psychoanalyse - Texte zur Sozialforschung*. 2009;(23):125-138.
26. Klein W. Argumentation und Argument. *Zeitschrift für Literaturwissenschaft und Linguistik*. 1980;10(37/38):9-54.
27. Leeners B. Präventivmedizinische Beratung im Rahmen der Schwangerenvorsorge. Neises M, Ditz S, Spranz-Fogasy T, Hrsg. Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2005. S. 186-198.

28. Lucius-Hoene G, Deppermann A. Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2002.
29. Maynard DW. Placement of topic changes in conversation. *Semiotica*. 1980;30:263-290.
30. Morek M. Kinder erklären. Interaktionen in Familie und Unterricht im Vergleich. Tübingen: Stauffenburg; 2012.
31. Müller K. Rahmenanalyse des Dialogs. Aspekte des Sprachverstehens in Alltagssituationen. Tübingen: Narr; 1984.
32. Sacks H. Lectures on conversation. Volumes I & II. Oxford u.a.: Blackwell; 1992/1995
33. Schank G. Untersuchungen zum Ablauf natürlicher Dialoge. München: Max Hueber Verlag; 1981.
34. Schegloff EA. Sequence organization in interaction. A primer in conversation analysis. Cambridge; New York: Cambridge University Press; 2007.
35. Schegloff EA, Sacks H. Opening up closings. *Semiotica*. 1973;8:289-327.
36. Schwarze C. Formen und Funktionen von Topoi im Gespräch. Frankfurt am Main: Peter Lang; 2010.
37. Schwitalla J. Dialogsteuerung in Interviews. Ansätze zur Theorie der Dialogsteuerung mit empirischen Untersuchungen. München; 1979.
38. Sevela P. Einleitung. Wimmer-Puchinger B, Bässler C, Beurle A, Raunig J, Hrsg. Psychosoziale Einflussfaktoren auf Geburtsmethoden und Zufriedenheit. Wien: Wiener Programm für Frauengesundheit; 2013. S. 4-5.
39. Selting M, Auer P, Barth-Weingarten D, Bergmann J, Bergmann P, Birkner K, et al. Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). *Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion*. 2009;10:353-402.
40. Spranz-Fogasy T. Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation: Fragen und Antworten im Arzt-Patienten-Gespräch. Deppermann A, Reitemeier U, Schmitt R, Spranz-Fogasy T, Hrsg. Verstehen in professionellen Handlungsfeldern. Tübingen: Narr; 2010. S. 27-116.
41. Wimmer-Puchinger B, Bronneberg G, Nowak P, Nowak A. Gesprächstraining für die Anamneseerhebung im Rahmen der ersten Schwangerschaftskontrolluntersuchung: Ein Pilotprojekt an einer Frauenklinik. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Perinatalogie*. 1989;193(6):276-283.
42. Wimmer-Puchinger B, Bässler C, Beurle A, Raunig J. Psychosoziale Einflussfaktoren auf Geburtsmethoden und Zufriedenheit: Eine multizentrische empirische Studie an Frauen im Wochenbett – Kurzfassung. Wien: Wiener Programm für Frauengesundheit; 2013.
43. Zifonun G, Hoffmann L, Strecker B. Grammatik der deutschen Sprache. Berlin/New York: de Gruyter; 1997.

Anpassungslehrgang für Hebammen aus Drittstaaten an der Evangelische Hochschule Berlin

Kerstin Böhm M.A., Prof. Dr. Melita Grieshop, Dipl.-Päd. Jana Lowsky

Einleitung

Seit Oktober 2019 bietet die Evangelische Hochschule Berlin (EHB) den bundesweit ersten hochschulischen Anpassungslehrgang (ALHeb) für Hebammen aus Drittstaaten an. Im Rahmen der Projektförderung „Integration durch Qualifizierung (IQ)“ durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den Europäischen Sozialfonds richtet sich das Angebot an Hebammen aus Drittstaaten, die vorrangig in der Region Berlin – Brandenburg leben und deren Berufsausbildung auf der Grundlage des Hebmengesetzes nicht als gleichwertig anerkannt werden.

Nach den Maßgaben des „alten“ Hebmengesetzes [8], die durch eine Übergangsfrist bis 31.12.2024 wirksam bleiben [9], und des novelierten Hebmengesetzes [7] können betroffene Hebammen entweder durch eine Kenntnisprüfung die gleichwertige Berufsqualifikation nachweisen oder einen maximal dreijährigen Anpassungslehrgang absolvieren. Sowohl nach der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger von 1987/2016 als auch nach der Studien- und Prüfungsordnung für Hebammen (2020) schließt ein Anpassungslehrgang mit einem Abschlussgespräch ab, bei dem die erforderlichen Kompetenzen nachzuweisen sind. Allerdings sind ab dem 01.01.2025 Hochschulen statt Hebammenschulen als Träger von Anpassungsmaßnahmen vorgesehen [3, 13].

Im Jahr 2019 wurden in Deutschland 408 Neuansprüche zur Anerkennung der Berufsqualifikation als Hebamme von Berufsangehörigen aus EU- und Nicht-EU Ländern gestellt. Das entspricht einer Steigerung um über 200% seit 2013 [5, 6]. Aufgrund des Fachkräfteeinwanderungsgesetzes von 2020 ist, je nach Entwicklung der COVID-19-Pandemie von einem

weiter ansteigenden Bedarf auszugehen. Mit dem bundesweiten Angebot der EHB ab 2021 wird auf diesen Bedarf und die Anforderungen des neuen Hebmengesetzes reagiert.

Diversität im Hebammenberuf

Ziel des Anpassungslehrgangs ist die berufliche Integration der Teilnehmenden. Damit ist der Anpassungslehrgang ein Bildungsangebot, welches den komplexen und interdependenten Vorgang der Integration systematisch begleiten und fördern soll. Nach Robak findet Integration auf drei Prozessebenen statt, die durch Bildungsangebote begleitet werden können. Die erste Ebene umfasst die psychodynamische Annäherung, die z. B. Unterkunftssuche, Evaluation der Lernvoraussetzungen, soziale Kontakte beinhaltet. Die berufliche Integration ist auf der Prozessebene „Professionalisierung und Qualifizierung“ verankert. Die dritte Prozessebene ist „Bildung und Kulturalität“ und fokussiert auf die kulturelle Auseinandersetzung mit dem Aufnahmeland und der eigenen Verortung darin. Die drei Ebenen sind dabei nicht streng getrennt voneinander zu betrachten, sondern beeinflussen sich zum Teil gegenseitig [11].

Der Prozess der psychodynamischen Akkulturation ist dem Anpassungslehrgang größtenteils vorgelagert, da er z.B. die Suche nach Möglichkeiten der beruflichen Anerkennung beinhaltet.

Der Anpassungslehrgang ist ein zentrales Element der Prozessebene „Professionalisierung und Qualifizierung“. Die Berufszulassung bedeutet für die Absolvent*innen, dass sie entsprechend ihres Berufsabschlusses arbeiten können und dementsprechend vergütet werden. Eine qualifizierte Arbeit ermöglicht bessere Verdienstmöglichkeiten für

die Absolvent*innen und damit ein selbstbestimmteres Leben, was sich wiederum auf die psychodynamische Akkulturation auswirkt. Aber die berufliche Integration ist nicht nur für die Teilnehmenden bedeutsam. Derzeit gibt es eine große Diskrepanz zwischen Arbeitsangebot und Arbeitsnachfrage. Viele Krankenhäuser können nicht genügend Hebammen für die Sicherstellung der geburtshilflichen Versorgung in ihrer Klinik gewinnen [4]. Aus diesem Grund wurde in Berlin durch den „Runden Tisch Geburtshilfe“ die Förderung der Integration von Hebammen mit ausländischem Berufsabschluss beschlossen [12].

Während der Anpassungslehrgang zwar primär auf die berufliche Integration zielt, so beeinflusst er auch die Ebene „Kulturalität und Bildung“. Im Unterricht, in der Berufsausübung und/oder im Austausch mit den Kolleg*innen und Familien findet eine kulturelle Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Kontext (Sprache, Handlungen, Wissen) statt. Außerdem findet eine gezielte Sprachförderung während des Lehrgangs statt. Umgekehrt werden gesellschaftlich die Möglichkeiten der kultursensiblen Betreuung von Frauen und ihren Familien erweitert. Zudem führt die Integration von Fachkräften aus Drittstaaten zu einer höheren Diversität im Hebammenberuf und damit zu mehr potentiellen interkulturellen Lernchancen zur Weiterentwicklung der Profession. Die Möglichkeit dieser Lernchancen für die sogenannte Mehrheitsgesellschaft wird allerdings bisher noch zu wenig beachtet [11]. Derzeit dominiert noch eine defizitorientierte Perspektive auf die Teilnehmenden [4].

Der Anpassungslehrgang beginnt jährlich und dauert zwölf Monate. Er gliedert sich in einen theoretischen und einen praktischen Anteil, der an der EHB – in Kooperation mit den Berliner Hebammenschulen (Berliner Bildungscampus für Gesundheitsberufe und Schule für Gesundheitsberufe Berlin GmbH am St. Joseph Krankenhaus Berlin Tempelhof) – sowie in Zusammenarbeit mit klinischen und außerklinischen Praxispartner*innen in den jeweiligen Bundesländern durchgeführt wird. Sowohl Lehre als auch Praxisanleitung erfolgen durch fachlich qualifizierte Lehrende und Hebammen. In fünf Theoriemodulen mit 750 Stunden und fünf Praxismodulen mit 960 Stunden erwerben die Teilnehmenden die erforderlichen Qualifikationen für die Erteilung der Berufserlaubnis durch die Aufsichtsbehörde. Der Anpassungslehrgang wird in Vollzeit absolviert. Durch den Abschluss eines Beschäftigungsvertrages in Vollzeit mit einer kooperierenden Geburtsklinik erhalten die Teilnehmenden eine tariflich gebundene Vergütung, die ihnen eine finanzielle Grundsicherung gewährleistet. Ein Freizeitausgleich von 30 Tagen wird den Teilnehmenden gewährleistet.

Ab Oktober 2021 wird der Anpassungslehrgang erstmalig als bundesweite webbasierte Qualifizierungsmaßnahme angeboten. Pro Kurs können bis zu 20 Teilnehmende aufgenommen werden (siehe Tabelle 1). Die Teilnehmenden absolvieren die praktischen Phasen in einer wohnortnahen Geburtsklinik, während die theoretischen Anteile des Anpassungslehrgangs in synchronen und asynchronen Online-Lernformaten angeboten werden. Dieses Kursformat eröffnet die Möglichkeit, die Berufserlaubnis in Deutschland mit wesentlich geringerem Reiseaufwand und damit Kostenaufwand zu erlangen. Dies ist gerade für Teilnehmende mit Mehrfachbelastungen ein großer Vorteil.

In Abhängigkeit von der Nachfrage sowie der Hygienebestimmungen aufgrund der COVID-19-Pandemie wird es ab Oktober 2021 neben dem Blended Learning¹ Angebot für Hebammen aus Drittstaaten weiterhin einen parallelen Präsenzlehrgang an der EHB geben, der sich

primär an zugewanderte Hebammen richtet, die in Berlin oder Brandenburg leben.

Tabelle 1: Voraussetzungen für die Kursteilnahme

Qualifikation	Sonstige
<ul style="list-style-type: none"> ◆ In einem Drittstaat erworbene Berufsqualifikation als Hebamme ◆ Sprachzertifikat für Deutsch Niveau B2 (Gemeinsamer Europäischer Referenzrahmen – GER) ◆ Feststellungsbescheid der zuständigen Landesbehörde bzgl. Antrag auf Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Hebamme“ 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Beschäftigungsvertrag mit einer Geburtsklinik ◆ Wohnort in Deutschland ◆ Gesundheitliche Eignung

Pädagogisch-praktische Umsetzung – Evaluation des ersten Kurses

Die Teilnehmenden

Der erste Anpassungslehrgang (AL) an der EHB begann im Oktober 2019 und wurde im September 2020 erfolgreich abgeschlossen (ALHeb 1). Neunzehn Personen aus 14 verschiedenen Ländern nahmen an diesem ersten AL teil (siehe Tabelle 2). Die Lernvoraussetzungen bzw. fachlichen Kompetenzen der Teilnehmerinnen sowie die soziodemografischen Voraussetzungen wie Alter, Deutschsprachkenntnisse, kulturellem Hintergrund, Art des Berufsabschlusses und Berufserfahrung waren sehr heterogen.

Im Mittel waren die Teilnehmenden 40 Jahre (25-54 Jahre) alt. Für die Anerkennung der Berufsqualifikation ist das Sprachniveau B2 Voraussetzung. Im ersten Kurs wurde den Teilnehmenden angeboten dieses Sprachniveau während des Kursverlaufs zu erreichen. Bei Kursbeginn konnten 37% der Teilnehmenden das Sprachniveau B1 und 63% der Teilnehmenden das Sprachniveau B2 (nach Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen) nachweisen. Das Ziel B2 zum Ende des Anpassungslehrgangs zu erreichen, ist zwei Teilnehmerinnen nicht gelungen.

Tabelle 2: Herkunftsländer der Teilnehmenden ALHeb 1

Land	n	Land	n
Albanien	1	Nordmazedonien	1
Algerien	1	Polen	1
Japan	1	Türkei	1
Kosovo	1	Weißrussland	1
Kroatien	1	Iran	2
Madagaskar	1	Ukraine	2
Marokko	1	Syrien	4

Die meisten Hebammen verfügten bei Lehrgangsbeginn über eine berufliche Ausbildung als Hebamme oder einen Bachelorabschluss in Hebammenkunde, drei Teilnehmerinnen einen Masterabschluss, während drei Kolleginnen ein Berufsbabitur² nachgewiesen hatten (siehe Abbildung 1).

Im Durchschnitt lag die Berufsausbildung der Teilnehmenden 15 Jahre zurück (1 bis 31 Jahre; SD 8,5 Jahre). Bei vielen Teilnehmenden entspricht die Zeit nach Beendigung der Berufsausbildung auch der praktischen Berufserfahrung als Hebamme. Allerdings haben einzelne

Teilnehmende nach der Berufsausbildung nicht als Hebamme, sondern entweder in der Pflege gearbeitet oder berufsfremde Tätigkeiten ausgeübt. Da die Berufsanerkennung in Deutschland nur in dem jeweils qualifiziert erlernten Beruf und nicht in einer berufsfremd praktizierten Tätigkeit möglich ist, kommen diese Teilnehmenden über den Lehrgang wieder in ihren ursprünglichen Beruf zurück.

Im Rahmen der Qualitätssicherung wurde der Lehrgang regelmäßig per Fragebogen und über Reflexionsgespräche aus der Perspektive der Teilnehmenden evaluiert. Die Lehrgangsevaluation wurde unter der Fragestellung durchgeführt, wie der Anpassungslehrgang die kommunikativen und fachlichen Kompetenzen der Teilnehmenden beeinflusst hat. Die Befragungen wurde nach jedem Theorie- und Praxisblock durchgeführt. Außerdem fand eine Abschlussevaluation am Ende des Lehrgangs statt, bei der die Teilnehmenden den eigenen Kompetenzerwerb sowie den Anpassungslehrgang im Allgemeinen evaluieren konnten.

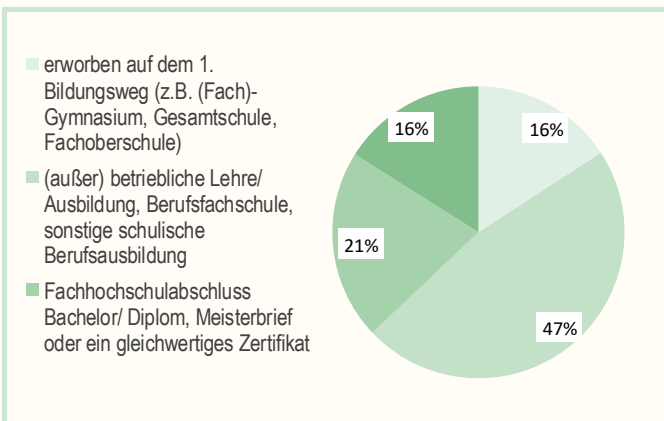


Abbildung 1: Art des Berufsabschlusses ALHeb 1 (n=19)

Im Folgenden werden exemplarisch Ergebnisse präsentiert, die keinen Anspruch auf Repräsentativität haben.

Als eine Herausforderung während des Lehrgangs gaben die Teilnehmenden in den Reflexionsgesprächen Sprachbarrieren sowie Rollenkonflikte in Bezug auf ihre Berufsidentifikation als Hebamme an. Einige Teilnehmerinnen berichteten von fachlicher Überforderung, während andere sich unterfordert fühlten. Die Einschätzung hinsichtlich der Sprachkompetenz wird durch die Lehrgangsevaluation insofern bestätigt, dass eine positive Entwicklung in der Sprachkompetenz (Sicherheit in der Kommunikation) zu verzeichnen ist. So zeigt der Vergleich der ersten zwei Befragungen, dass die subjektive Sprachkompetenz der Teilnehmenden (fachlich und allgemein) in der Praxis besser wurde: Es fiel den Teilnehmenden zunehmend leichter mit den betreuten Familien zu kommunizieren (siehe Abbildung 2).

Das Praxismodul in der außerklinischen Hebammentätigkeit war für die Teilnehmenden besonders bedeutsam, da diese Form der systematischen außerklinischen Betreuung der Familien in Vorsorge, Geburt und Wochenbett international eher weniger zu finden ist.

„Aus dem Externat habe ich viele neue Informationen bekommen. Die Vorsorge, das Wochenbett und die Nachsorge sind mir in dieser Art fremd gewesen. Ich finde es schön, dass

eine Hebamme in Deutschland viel Zeit mit der Frau verbringen kann. ... Die Frau[en] in Syrien kommen erst in den ersten Wehen zu uns Hebammen. ... Danach sehen wir die Frau und das Baby nur einmal.“ (aus dem Externatsbericht einer Teilnehmerin)

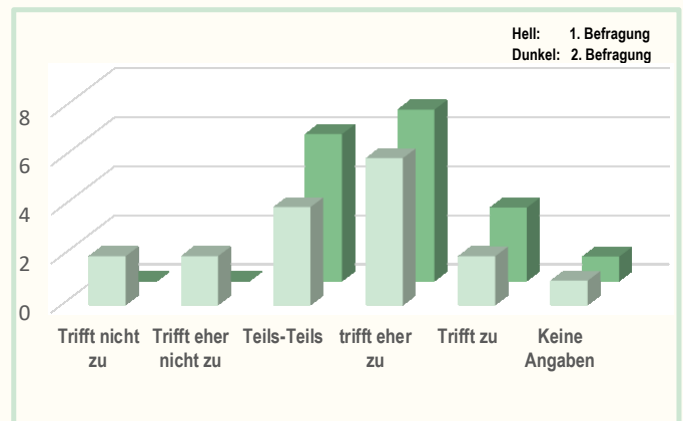


Abbildung 2: Sicherheit in der Kommunikation mit der Frau / den Eltern ALHeb 1 (n=17)

In der Abschlussbefragung kommt der fachliche Wissens- und Kompetenzzuwachs der Teilnehmenden deutlich zum Ausdruck. Die meisten Teilnehmerinnen schätzen ihren Kompetenzzuwachs positiv ein und fühlen sich dem Hebammenberuf gewachsen. Daneben geben einzelne Teilnehmende jedoch weiteren Lernbedarf an (siehe Abbildung 3).

Viele Teilnehmenden bewerteten den Kurs mit seinen praktischen und theoretischen Anteilen positiv. Als problematisch wurde teilweise die Suche nach einem Praxispartner oder die praktischen Einsätze beschrieben. Hier wurden die meisten Unsicherheiten und psychische Belastungen angegeben (siehe Tabelle 3). Es wird allerdings auch deutlich, dass die Aussagen durch die Herausforderungen der COVID-19-Pandemie beeinflusst sind, auf die weiter unten eingegangen wird.

Der Anpassungslehrgang wurde mit einem einstündigen Fachgespräch beendet. Zwei Teilnehmende konnten nicht zum Abschlussgespräch zugelassen werden (eine Kündigung durch den Praxispartner, eine krankheitsbedingte Aussetzung des Kurses). Zwei Teilnehmende haben die Prüfung im ersten Versuch nicht bestanden. Nach einer angemessenen Verlängerung des Kurses in der Theorie gelang jedoch auch ihnen in der Wiederholungsprüfung der erfolgreiche Abschluss des Lehrgangs. Während der Kursverlängerung wurde beide Teilnehmenden mit Arbeitsaufträgen individuell unterstützt. Eine Verlängerung des Praxiseinsatzes wurde von den Praxispartnern leider nicht ermöglicht. Der erste Anpassungslehrgang der EHB schloss somit mit einer Erfolgsquote von 89% ab.

Praxispartner

Insgesamt konnten für den ersten Anpassungslehrgang 12 Kooperationen mit Geburtskliniken und 15 Kooperationen mit außerklinischen Partner*innen (HGEs, freiberufliche Hebammen) geschlossen werden.

Die Praxispartner*innen werden systematisch in Form von Praxispartnertreffen in den Anpassungslehrgang einbezogen und um Rückmeldungen zum Kursverlauf gebeten. Auf Seiten der Praxis-

partner*innen war der Umgang mit Sprachbarrieren eine der größten Herausforderungen im Lehrgangsverlauf. Zudem wurden kulturelle Barrieren formuliert, insbesondere in geburtshilflichen Betreuungssituationen. Außerdem gaben die Praxisanleiter*innen Schwierigkeiten mit der zeitlichen Belastung durch die Anleitung der Teilnehmenden sowie mit der Integration in das geburtshilfliche Team an. Dabei bleibt

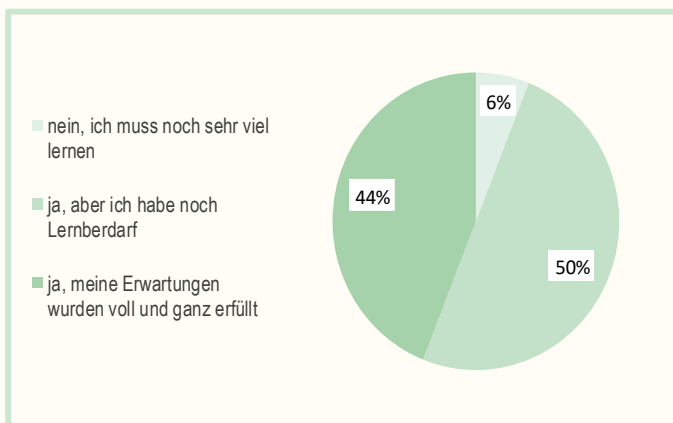


Abbildung 3: Kompetenzen bei der Betreuung der physiologischen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbettperiode (n=16)

allerdings offen, welche Gründe hierfür ausschlaggebend sind. Aus den Rückmeldungen von Praxispartner*innen, die erstmalig eine praktische Begleitung während eines Anpassungslehrgangs durchführten, kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass der erforderliche Betreuungsaufwand für die Begleitung der Teilnehmenden vorab unterschätzt wurde.

Projekt-Team der EHB

Aus der Perspektive des Projektteams war es besonders herausfordernd das Lernangebot entsprechend der heterogenen Voraussetzungen an die Teilnehmenden anzupassen und die verschiedenen Lernbedarfe zu identifizieren und systematisch in der Kursplanung zu berücksichtigen. Dabei war das Lerntempo wesentlich von der Sprachkompetenz abhängig. Unterschätzt wurde zu Projektbeginn die Notwendigkeit der psychosozialen Betreuung der Teilnehmenden bei der Bewältigung der Lernaufgaben. Der Umfang des Betreuungsbedarfs im Lern- und Integrationsprozess war in dieser Intensität nicht erwartet worden.

Retrospektiv hat es sich als ungünstig erwiesen, Teilnehmende mit B1 Sprachniveau aufzunehmen, da es dadurch zu einer pädagogischen Zusatzaufgabe wurde, die sprachliche Schulung der betroffenen Teilnehmenden zu begleiten. Durch das unzureichende Sprachniveau mussten z.T. noch grundlegende Sprachkenntnisse gefördert werden, so dass der Fortschritt im fachsprachlichen Bereich geringer als intendiert ausfiel. Die Art des Berufsabschlusses hatte im ersten Kurs aus Sicht der Lehrenden keine Auswirkung auf die erfolgreiche Kursteilnahme. Demgegenüber erwies sich die Berufserfahrung als ein wesentlicher Erfolgsfaktor.

Letztendlich war es für das Hebammenwissenschaftliche Team auf der administrativen Ebene sehr herausfordernd, Fragen des Aufenthaltsrechts mit den Teilnehmenden oder den entsprechenden Aufsichtsbehörden zu klären.

Pandemiebedingte Herausforderungen

Eine unvorhergesehene, aber enorme Herausforderung war die COVID-19-Pandemie. Die Kontaktbeschränkungen machten die persönliche Begegnung mit den Teilnehmerinnen zunächst unmöglich und erforderten eine sehr kurzfristige Anpassung des Lehrgangsformats. Daraufhin wurde zunächst der praktische Einsatz in den Kliniken verlängert. Die anschließende Einführung des E-Learning für die theoretischen Lernphasen war zu Beginn der Pandemie von den unterschiedlichen Medienkompetenzen und der unterschiedlichen technischen Ausstattung der Teilnehmenden geprägt. Während die Teilnehmenden ihre Medienkompetenz durch intensive Begleitung und Schulung im Verlauf der Pandemie deutlich verbesserten, blieb die technische Ausstattung bis zum Abschluss des Kurses ein Problem. Daneben erwiesen sich die Anforderungen des selbstständigen Lernens im asynchron/synchronen E-Learning (Zeitmanagement, Akzeptanzprobleme, Missverständnisse bei den Lernzielen) [1] als zusätzliche Schwierigkeit, der mit intensiver webbasierter Lern-Prozessbegleitung, Kontakt über Webinare, ausführlichen Erläuterungen zum webbasierten Lernen und regelmäßigen Reflexionsgesprächen begegnet wurde.

Tabelle 3: Ausschnitte aus Freitextaussagen der Teilnehmenden zu Aspekten, die ihnen nicht gefallen haben

<ul style="list-style-type: none"> ◆ L-Learning. ◆ Die Prozesse mit der Praxispartner. Es gab viele unbestimmte Sachen in diesem Bereich. ◆ E-Lernen, Corona Zeit, wenig Theorie Zeit ◆ Im Praxisplatz gab es viele unbestimmte Sachen. Das hat mich meistens unsicher gemacht. ◆ Fahrzeit. ◆ Online lernen. ◆ Langes Praktikum statt Theorie während der Corona Krise. ◆ Im Anpassungslehrgang gefällt mir nicht so ganz, dass ich ohne eine Mentorin meine Praktika hatte. ◆ Eine Klinik zu finden, war sehr stressig... ◆ Corona Zeit. ◆ Vieles, außer den anhaltenden Informationen und die Kolleginnen im Kurs. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ War eigentlich alles gut. ◆ Mir hat alles gefallen!!!! Und danke für die schöne Zeit im Anpassungslehrgang. ◆ Nichts. ◆ Mir persönlich hat alles gefallen. ◆ War alles prima.
---	---

Ausblick

Die kontinuierliche Lernevaluation und der beständige Austausch mit Kooperationspartner*innen und Teilnehmenden ermöglicht die systematische Verbesserung von Konzept, Strukturen und Prozessen des Anpassungslehrgangs an der EHB. Die Ergebnisse der Evaluationen aus dem ersten Kurs sind bereits in den zweiten Kurs, der im Oktober 2020 startete, eingegangen.

Beispielsweise muss zukünftig der Nachweis des B2 Sprachniveau (nach gemeinsamen europäischen Referenzrahmen) bereits bei Kursbeginn vorliegen. Begründet durch die anhaltende COVID-19-Pandemie wurden die Teilnehmenden des zweiten Kurses zudem gleich zu Lehrgangsbeginn intensiv in das E-Learning eingeführt, um die Herausforderungen im Lehr-Lern-Prozess so gering wie möglich zu halten.

Darüber hinaus haben die Geburtskliniken die Auswahl der Kandidatinnen im zweiten Kurs sehr bewusst in Bezug auf den zu erwartenden Betreuungsaufwand vollzogen und die Anzahl der Praxisplätze bedauerlicherweise reduziert. Einzelne Arbeitgeber entschieden sich für eine einjährige Pause.

Vor diesem Hintergrund ist es für die Lehrgangsadministration sehr wünschenswert, dass durch die zunehmenden Erfahrungen in der Durchführung des Anpassungslehrgangs stabile Angebote für die Teilnehmenden geschaffen werden können und Hebammen aus Drittstaaten ein stabiles Netzwerk zur Integration in den deutschen Arbeitsmarkt vorfinden.

Erfreulich ist, dass bei der Absolvent*innenbefragung 9 von 17 Absolventinnen angaben, direkt nach Lehrgangsende ein Beschäftigungsangebot von ihrem Praxispartner erhalten zu haben. Eine Absolventin

gab an, eine freiberufliche Tätigkeit aufgenommen zu haben. Eine zweite Befragung ist ein Jahr nach Kursende geplant (10/2021).

Wie oben beschrieben, wird der Anpassungslehrgang ab Oktober 2021 bundesweit webbasiert angeboten. Auf der Grundlage der Projekterfahrungen aus dem Förderzeitraum 2019-2022 soll das Angebot in Verbindung mit einer AZAV-Zertifizierung verstetigt werden, um eine Teilnahme mit einem Bildungsgutschein zu ermöglichen.

Aus hebammenwissenschaftlicher Perspektive bleibt anzumerken, dass Erfahrungen bei der Integration von Hebammen aus Drittstaaten in der Forschung bisher kaum beachtet wurden. Die Erfahrungen aus dem ersten Anpassungslehrgang der EHB stützen allerdings die Erkenntnisse aus benachbarten Berufsgruppen, dass Integration nur erfolgreich sein kann, wenn sie als Integrationsarbeit anerkannt, strukturiert und ressourcenorientiert ist [4].

¹ Der Begriff Blended Learning steht dafür, dass Lernen mit digitalen Medien in virtuellen Lernräumen ergänzt oder verbunden wird mit Lernen in Präsenzveranstaltungen. Präsenzveranstaltungen bedeuten in diesem Zusammenhang praktische Einsätze in Klinik und Außerklinik [2].

² Doppelt qualifizierender Abschluss – bestehend aus beruflicher Erstausbildung und gleichzeitigem Erwerb einer Hochschulzugangsberechtigung [10].

Institution: Evangelische Hochschule Berlin, Teltower Damm 118-122, 14167 Berlin

Interessenkonflikt: Die Autorinnen erklären, dass keinerlei finanzieller/materieller oder immaterieller Interessenskonflikt besteht.

Kontakt: boehm@eh-berlin

Literatur:

1. Armbrorst-Weihs K, Böckelmann C, Halbeis W, Hrsg. Didaktisch-organisatorische Herausforderungen. Münster u.a.: Waxmann; 2017.
2. Arnold P, Zimmer G, Thillosen A, Kilian L. Handbuch E-Learning. 5. Aufl. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag; 2018.
3. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger; 1987.
4. Blättner B, Rocholl A. Integration internationaler Hebammen in geburtshilfliche Teams. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft. 2020;08(02):68–73.
5. Böse C, Schmitz N. BIBB Anerkennungsmonitoring: Bundesinstitut für Berufsbildung; 2020.
6. Erbe J. BIBB Anerkennungsmonitoring. Bundesinstitut für Berufsbildung; 2015.
7. Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen: Hebammengesetz / HebG; 2019.
8. Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers: Hebammengesetz / HebG; 1985.
9. Gesetz zur Reform der technischen Assistenzberufe in der Medizin und zur Änderung weiterer Gesetze: MTA-Reform-Gesetz; 2021.
10. Informationsportal für ausländische Berufsqualifikationen. [Zugriff: 26.03.2020]. Verfügbar unter: <https://www.bq-portal.de/>
11. Robak S. Integrationsorientierte Angebotsstrukturen für Menschen mit Migrationsbiographien/Geflüchtete: Eine erwachsenenpädagogische Konzeptualisierung im Spannungsfeld Inter- und Transkultureller Bildung. Zeitschrift für Weiterbildungsforschung: Validierung non-formalen und informellen Lernens. 2018;41(2-3):205–25. [Zugriff: 26.03.2021]. Verfügbar unter: <http://www.die-bonn.de/id/36883>
12. Runder Tisch Geburtshilfe. Berliner Aktionsprogramm für eine sichere und gute Geburt. Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales; Februar 2018.
13. Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen: HebStPrV; 2020.

GANZ NEU: Mitgliedschaft in der „Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH)“

Seit Mai 2021 ist die DGHWi e.V. Mitglied in der PMNCH, einer führenden globalen Allianz für die Gesundheit von Frauen, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen; sie führt über 1.000 Partnerorganisationen zusammen. Weltweit arbeiten in der PMNCH Akteure aus Regierungen, Forschungsinstitutionen, der Zivilgesellschaft, Jugendorganisationen, Berufsverbänden, Privatsektor, Finanzinstitutionen sowie Stiftungen daran, gemeinsame Ziele für die Gesundheit von Frauen und Kindern zu verwirklichen.

Die DGHWi wird in der Gruppe der „Academic, Research and Training Institutes“ mitwirken. In der Gruppe werden Expertisen im Bereich der sexuellen, reproduktiven, mütterlichen, neugeborenen, kindlichen und jugendlichen Gesundheit entlang des gesamten Kontinuums der Versorgung zusammengeführt.

<https://pmnch.who.int/>

Indigene Praktiken und Rituale in der Perinatalzeit in Mesoamerika

Indigenous practices and rituals in the maternity period in Mesoamerica

Hintergrund

In einer globalisierten Welt sollte es selbstverständlich sein, anderen Kulturen mit Neugier zu begegnen, voneinander zu lernen und dadurch den Lebensstandard aller zu verbessern. Die Medizinanthropologin Robbie Davis-Floyd beschrieb 2007 die „postmodern midwife“ [4] als eine Hebamme, die anderen Gesundheitskulturen gegenüber offen ist und im Sinne der „Mutual Accomodation“ [12] Wissen austauscht und sich aneignet. Sie kombiniert verschiedene Betreuungsansätze und Therapien individuell zum Wohle der betreuten Frauen [4].

Mutter zu werden ist eine bedeutende Statuspassage im Leben einer Frau [14]. Der Ethnologe Van Gennep beschrieb erstmalig 1909 die Schwangerschaft als eine „Übergangszeit“ [22], in der die Frau, bzw. die werdenden Eltern in den meisten Kulturen durch präzise Vorschriften und familiäre Unterstützung auf ihren neuen Status als Mutter und Eltern vorbereitet werden. Die Gebräuche dienen der Stabilisierung und erleichtern ihnen die Neuorientierung in der Gesellschaft als auch die völlig neue Lebenssituation mit dem Kind [20]. Auch indigene traditionelle Hebammen in Mesoamerika verfügen über eine Fülle von Ritualen, um diesen Übergang zu gestalten. In technozentrischen [15] Gesellschaften hingegen fehlen diese Rituale, die die Statuspassage erleichtern könnten. Viele junge Mütter im sogenannten „Westen“ zeigen Unsicherheiten bei der Aufnahme ihrer neuen sozialen Rolle [1] und bis zu 15% leiden unter postpartalen Depressionen (PPD) [18].

Es gibt inzwischen viel Forschung, um indigene Praktiken besser zu verstehen. Jedoch werden indigene „low-tech“- zunehmend von biomedizinischen „high-tech“- Interventionen verdrängt. Dabei lohnt es sich, das bisher bestehende Machtungleichgewicht zu überwinden, in einen Austausch auf Augenhöhe zu gehen und die Vor- und Nachteile der jeweiligen Gesundheitssysteme im perinatalen Kontext genauer zu betrachten [12].

Ziel

Zunächst werden indigene Praktiken und Rituale der Perinatalzeit (hier: Schwangerschaft und Wochenbett) aus Mesoamerika vorgestellt. Anschließend wird diskutiert, ob das Wissen traditioneller Hebammen die Arbeit professioneller Kolleginnen bereichern kann. Können die Abläufe nach indigenem Vorbild das Wohlbefinden der Frauen auch in technozentrischen Kulturen steigern und ihnen womöglich die Statuspassage zur Mutterschaft erleichtern? Gibt es Rituale, die zur Prävention von PPD durchgeführt werden können?

Methodik

Um einen Überblick über die Rituale und Praktiken zu schaffen wurde ein Literaturreview gewählt. Die Literaturrecherche wurde zwischen Januar und April 2020 in den wissenschaftlichen Datenbanken Pubmed, Cochrane Library, SCielo, LILACS und google scholar durchgeführt. Dabei wurde iterativ und nach dem Schneeballprinzip vorgegangen. Der Review umfasst zwölf qualitative Studien in deutscher, spanischer, italienischer und englischer Sprache mit Fokus auf Mesoamerika, die in den letzten 45 Jahren veröffentlicht wurden. Studien und Fachartikel wurden eingeschlossen, wenn sie sich mit Praktiken und Ritualen von Hebammen und Familien in der Perinatalzeit befassten. Die Samplegröße spielte keine Rolle. Traditionelle und professionelle Hebammen sowie Frauen und ihre Familien konnten die Studienteilnehmerinnen sein. Aufgrund des sehr speziellen Themas und der geringen Trefferzahl musste auf eine zeitliche Beschränkung der Publikationen verzichtet werden und auch die Stichprobengröße spielte keine Rolle. Der Fokus lag auf Mesoamerika, da die Autorin dort eigene Erfahrungen als Hebamme sammeln konnte und der Umfang der Arbeit eine Einschränkung

nötig machte. Die Methoden der Forschungsarbeiten konnten qualitativ und vielfältig in ihrem Design sein.

Zur Beurteilung der Qualität der Forschungsarbeiten wurde der 10-Punkte-Plan nach Dunkelberg [6] verwendet. Beispiele für einen Wissenstransfer von der indigenen in die „westliche“ Gesellschaft im perinatalen Kontext sowie Davis-Floyds Theorie der postmodernen Hebamme [4] wurden herangezogen, um zu diskutieren, inwiefern die mesoamerikanischen Praktiken und Rituale in der professionelle Hebammenarbeit genutzt werden können.

Ergebnisse

In den zwölf Studien wurden acht indigene Praktiken und Rituale identifiziert (siehe Tabelle 1). Dazu gehören die Phytotherapie [2,3,9,10,11,13,16,17], das Tragen eines Bauchgurtes/ Rebozo [2,3,8-11,16,17,23], Reinigungsrituale [2,3,8-11,13,16,17,23], Ernährungshinweise [3,9,10,11,13,23], die Einhaltung des Wochenbettes (drei bis 40 Tage) [2,3,9-11,13,16,17,23], konti-

Tabelle 1: Studien zu indigenen Praktiken und Ritualen

	Studie	Thema	Methode	Ergebnisse	Punkte
1	Botteri Italien/Mexico 2018 Anthropologie	Cerrado in Italien und Mexico	Beobachtung Interviews	2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, „Cerrado“	9
2	Radoff et. al. USA/ Guatemala 2013 Midwifery	Traditionelle Praktiken PPH	Fokusgruppen	1, 4, 5, 6, 7, 10	8
3	Hernandez Mendez Mexico 2012 Anthropologie	Integrative Medizin/ Traditionelle Praktiken	Beobachtung Interviews	1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	5,5
4	Waugh USA 2011 Public Health	Wochenbett mexi- kanischer Migrantin- nen in USA	Deskriptiv ethno- graphisch	1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10	10
5	Flores & Rodriguez Mexico 2010 MedizinAnthropologie	Veränderung der Gesundheits- versorgung bei Zapotekinnen	Ethnographisch	1, 3, 4, 6, 7, 9	5,75
6	Walsh USA/ Guatemala 2006 Nursing	Glauben, Rituale von TBAs	Ethnographisch Beobachtung+ key informant Interviews	„sacred calling“ „sacred ritual“ „sacred knowledge“	5,5
7	Quattrochi Italien/ Mexico 2006 Anthropologie	Sobada	Nicht erwähnt	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10	2
8	FloresC Mexico 2003 MedizinAnthropologie	Praktiken Perina- talzeit der Zapote- kinnen	Semi- strukturierte und vertiefende Interviews Emisch+etisch	1, 2, 5, 6, 7, 8, 10	6,25
9	Lang & Elkin USA/Guatemala 1997 Nurse-Midwifery	Glauben und Praktiken TBAs	Interviews	1, 4, 5, 7, 8, 9, 10	5,25
10	Sesia USA/ Mexico 1996 Anthropologie	Effekte der Zerti- fizierungskurse in Oaxaca	Ethnographisch	3	7
11	Greenberg USA/ Guatemala 1982 Anthropologie	Effizienz von Zerti- fizierungskursen	Interviews (Hebammen, Mütter, Health worker)	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	8,5
12	Cosminsky USA/ Guatemala 1977 Anthropologie	Gesundheitsförder- liche bis gefährliche Praktiken einer Hebamme	Interviews und teilnehmende Beobachtung	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	5

nuerliche Betreuung durch eine Hebamme [2,3,8,10,11,13,16,23], die Massage „Sobada“ [2,3,8-11,13,16,17,21] und das Beenden des Wochenbettes durch das Ritual „Cierre/Cerrada“ [2] (siehe Abbildung 1).

In der mesoamerikanischen Kosmovision steht der gesamte menschliche Körper mit seiner Umwelt (anderen Lebewesen, der Natur, aber auch Bergen, Wasser, Sonne, Himmel etc.; *Anm. der Autorin*) sowie dem Fluss der Energien und der Spiritualität in Beziehung. Diese indigene Weltanschauung wird mit der Ausübung verschiedener Rituale zum Ausdruck gebracht. Dazu gehört auch eine streng auf Prävention ausgerichtete Aufmerksamkeit für den gesamten Fortpflanzungsprozess [9]. Die Balance zwischen gegensätzlichen Kräften zu halten, um Gesundheit zu erlangen oder zu bewahren, ist dabei besonders wichtig [5].

Diskussion der Methodik

Leider gibt es bisher nur wenig Forschung aus Hebammensicht, deshalb musste diese Arbeit auf andere Fachgebiete (Anthropologie, Ethnologie und Public Health) ausgeweitet werden. Ein der Fragestellung angemessenes, ausführlich beschriebenes und kritisch reflektiertes methodisches Vorgehen, was für eine hohe Qualität spricht [6], findet sich nur in zwei Studien [2, 23]. Zwei Untersuchungen, in denen zwar keine eindeutige Forschungsfrage aufgestellt wurde, waren aufgrund ihrer ausführlichen Beschreibung indigener Praktiken trotzdem relevant für diese Arbeit [11, 16]. In nur einer Publikation wurde die Effektivität von Praktiken und Ritualen bewertet. Diese wurden – jedoch ohne wissenschaftliche Überprüfung - in vier Kategorien von „gesundheitsfördernd“, „harmlos“, „schädlich“ und „unbekannte Wirkung“ unterteilt [3]. Um die Ausgangsfrage zu beantworten kommt lediglich eine italienische Studie in Betracht [2]. Hier wurde eine bisher einzigartige Betrachtung des Cierre/Cerrada unternommen. Das Ritual wurde von der Autorin nach Italien transferiert und in einem kleinen Setting die Erfahrungen mexikanischer und italienischer Frauen (n=6; n=3 Frauen) verglichen.

Diskussion der Ergebnisse

Die Perspektive indigener Hebammen ist in der aktuellen Forschung bisher unterrepräsentiert. In Mesoamerika lebt nach wie vor eine Vielzahl indigener Völker. Die meisten Wissenschaftler*innen arbeiteten in Guatemala und Mexico. Wegen der hohen ethnischen Diversität kann davon ausgegangen werden, dass viele perinatale Abläufe noch unerforscht sind. Einige der indigenen Praktiken und Rituale sind oder sollten bereits professionelle Hebammenpraxis sein, wie z.B. die kontinuierliche Betreuung, Empfehlungen, das Wochenbett einzuhalten, das Tragen eines Bauchgurtes, um Rückenschmerzen zu lindern, bestimmte Ernährungstipps und Phytotherapie (auch wenn sich die empfohlenen Kräuter zum Teil aufgrund der unterschiedlichen geographischen Verfügbarkeit unterscheiden) finden sich auch hierzulande. In allen Studien fanden sich Beschreibungen festgelegter Reinigungsrituale im Wochenbett. Sie dienen dazu, dem Körper die durch die Geburt verloren gegangene Wärme wieder zuzuführen, um ihn wieder ins Gleichgewicht zu bringen und so Krankheiten vorzubeugen. Besonders interessant für die professionelle Hebamme (in Deutschland: in der Vorsorge und zum Ende der Wochenbettbetreuung) sind zwei bei uns unbekannte Praktiken.

Die **Sobada** ist ein elementarer Bestandteil der indigenen Hebammenarbeit. Die Schwangeren suchen regelmäßig (ca. monatlich, gegen Ende auch häufiger) die Hebamme auf und lassen sich kräftig den Bauch, aber auch den Rücken und die Beine massieren. Vergleichbar mit den Leopold-Handgriffen erfährt die Hebamme über ihre Hände das Gestationsalter und

die Lage des Kindes, welche durch die Sobada auch für die Geburt optimiert werden soll. Gleichzeitig werden typische Ängste, wie die vor Geburtskomplikationen, abgebaut. In Gebieten, in denen ein Kaiserschnitt nicht unmittelbar verfügbar ist, ist es überlebenswichtig, dass sowohl Körper und Seele der Schwangeren als auch die Lage des Kindes optimal auf die Geburt vorbereitet sind. Die Sobada ermöglicht sowohl eine körperliche und gleichzeitig auch eine symbolische Kontrolle der Gesundheit der Frau und des Kindes und ist ein wichtiger Teil der emotionalen Unterstützung [16]. Durch ihren rituellen Charakter begleitet sie die Frauen in die Mutterschaft und entspricht in etwa einer Schwangerenvorsorge.

Bei dem von Botteri 2018 beschriebenen Ritual des **Cierre/Cerrada** (spanisch: schließen/geschlossen) wird am Ende des Wochenbettes der Körper der Frau verschlossen und ihr so ihre schützende Hülle zurückgegeben. Zunächst wird sie von der Hebamme in einem warmen Kräutersud gebadet, danach kann eine Sobada erfolgen. Zum Abschluss wird ihr Körper, auf dem Rücken liegend, in sieben Stufen von Kopf bis Fuß mit einem

Rebozo-Tuch fest umwickelt und verknötet oder für ein paar Minuten gehalten (siehe Abbildung 1). Durch die körperliche Nähe beim Akt des Badens und Massierens entsteht eine vertrauensvolle Atmosphäre. Die Frau kann Dinge, die sie emotional oder körperlich belasten, preisgeben [2]. Da die gemeinsame Reflexion des Geburtsprozesses eine Strategie zur Förderung des psychischen Wohlbefindens der Frau ist [7] erscheint es naheliegend, dass das umfangreiche Ritual Cierre/Cerrada zur Prävention oder Linderung der PPD beitragen kann. Die Frau, mitsamt ihrer körperlichen als auch seelischen Leistung, steht am Ende des Wochenbetts noch einmal im Mittelpunkt. Die Statuspassage des Mutterwerdens wird auf symbolischer Ebene abgeschlossen.

Abbildung 1: Das Ritual „Cierre/Cerrada“

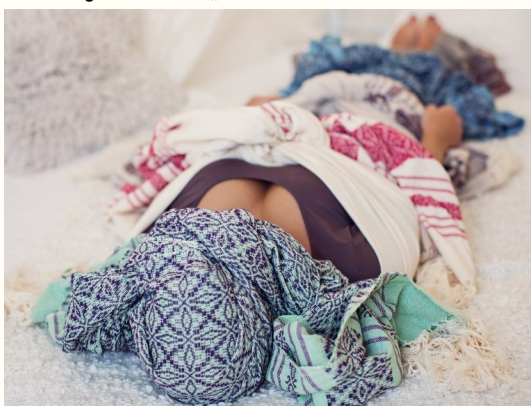


Foto Cerrada © 2020 Zuzana Laubmann

Schlussfolgerung

Gesundheitsförderung und primäre Prävention stehen schon immer im Mittelpunkt der Aufgaben von Hebammen [19]. Als wichtige Agent*innen der Statuspassage sollten sie der werdenden Mutter bewusst machen, dass sie sich in einer Transition befindet und besprechen, mit welchen Elementen und in welchem zeitlichen Rahmen sie diese gestalten möchte. Indigene Hebammen verfügen über ein reichhaltiges Repertoire an kostengünstigen (lässt man den Faktor Zeit außer Acht) Praktiken in der Begleitung von Frauen in der Perinatalzeit [12]. Diese können von der professionellen Hebamme erlernt werden und ihr Angebot für Schwangere und Mütter ergänzen. Ob Rituale wie die Sobada und das Cierre/Cerrada durch das Sichtbarmachen der Statuspassage vorbeugend gegen postpartale Stimmungstiefs und Depressionen wirken, bleibt ein Desiderat der Forschung. Das in Europa verdrängte traditionelle Hebammenwissen kann im Zuge der Rückeroberung des Arbeitsfeldes wiederentdeckt und auf ihre Eignung für die heutige Zeit überprüft werden. Auch das Wissen indigener Völker sollte in Bezug auf Geburtspraktiken intensiver dokumentiert und erforscht werden, die positiven Aspekte sowohl für die Ursprungskultur erhalten bleiben als auch andere Gesundheitssysteme inspirieren und bereichern können. Derzeit besteht eine historisch einmalige Situation: auf der Welt existieren gleichzeitig akademische professionelle Hebammen mit der Fähigkeit, wissenschaftlich erfassen und forschen zu können und andererseits traditionelle Hebammen, die noch mit ihrer Ursprungskultur verbunden sind und über ein reichhaltiges empirisches und geerbtes Wissen verfügen. Diese beiden Wissenssysteme zum Wohle aller zu verknüpfen – könnte eine „global academic midwifery“ begründen.

Autorin: Linda Kurzweil B.Sc.

Kontakt: linda@kurzweil-hebamme.de

Die Bachelorarbeit wurde von Frau Prof.in Dr. Dorothea Tegethoff und Frau Joanna Streffing M.Sc. (Evangelische Hochschule Berlin) betreut und am 9.8.2020 eingereicht.

Literatur:

1. Ayers S, Crawley R, Webb R, Button S, Thornton A. What are women stressed about after birth? Birth. 2019; 46(4):678–85. DOI: 10.1111/birt.12455
2. Botteri E. La medicina del cierre nel post parto: esperienze di donne mesoamericane [Masterarbeit]. Università di Bologna; 2018.
3. Cosminsky S. Part four: Childbirth and Midwifery on a Guatemalan Finca. Med Anthropol. 1977; 1(3):69–104. DOI: 10.1080/01459740.1977.9965825
4. Davis-Floyd R. Daughter of time: the postmodern midwife (part 1). Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(4):705–10. DOI: 10.1590/s0080-62342007000400023
5. Dennis C-L, Fung K, Grigoriadis S, Robinson GE, Romans S, Ross L. Traditional postpartum practices and rituals: a qualitative systematic review. Womens Health (Lond). 2007; 3(4):487–502. DOI: 10.2217/17455057.3.4.487
6. Dunkelberg S. Wie gut ist eine qualitative Studie? 10 hilfreiche Fragen für den Leser von Aufsätzen. Z Allg Med. 2005; 81(6):248–51. DOI: 10.1055/s-2005-836620
7. Dunkley J. Gesundheitsförderung und Hebammenpraxis. 1. Aufl. Bern: Huber; 2003.
8. Flores-Cisneros C, Rodríguez-Salazar A. Saberes de mujeres zapotecas serranas en el embarazo a principios del milenio. Perinatología y Reproducción Humana. 2010; (24(2)):109–16. Verfügbar unter: <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip102c.pdf>
9. Flores Cisneros C. Saber popular y prácticas de embarazo, parto y puerperio en Yahuio, Sierra Norte de Oaxaca. Perinatología y Reproducción Humana. 2003; 17(1):36–52. Verfügbar unter: <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2003/ip031f.pdf>
10. Greenberg L. Midwife training programs in highland Guatemala. Social Science & Medicine. 1982; 16(18):1599–609. DOI: 10.1016/0277-9536(82)90290-8
11. Hernández Méndez FA. Parteras empíricas de Zacapoaxtla Puebla: Personajes clave para la salud reproductiva en el IMSS [Dissertation]. Mexico D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa; 2012.
12. Jordan B, Thatcher AL. Competing Technologies in Perinatal Care: A Call for Dialogue between Low- and High-Tech Practitioners. Anthropology News. 2009; 50(3):5–6. DOI: 10.1111/j.1556-3502.2009.50305.x
13. Lang J, Elkin E. A study of the beliefs and birthing practices traditional midwives in rural Guatemala. Journal of Nurse-Midwifery. 1997; 42(1):25–31. DOI: 10.1016/S0091-2182(96)00069-9
14. Mozygemba K. Die Schwangerschaft als Statuspassage: Das Einverleiben einer sozialen Rolle im Kontext einer nutzenorientierten Versorgung. 1. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber; 2011. Verfügbar unter: <http://elibrary.hogrefe.de/9783456950273/A>
15. Posmontier B, Horowitz JA. Postpartum practices and depression prevalences: technocentric and ethnokinship cultural perspectives. J Transcult Nurs. 2004; 15(1):34–43. DOI: 10.1177/1043659603260032
16. Quattrocchi P. ¿Qué es la sobada? Elementos para conocer y entender una práctica terapéutica en Yucatán.: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Peninsular en Humanidades y Ciencias Sociales; 2006. Verfügbar unter: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-57662006000200006&script=sci_arttext
17. Radoff KA, Thompson LM, Bly KC, Romero C. Practices related to postpartum uterine involution in the Western Highlands of Guatemala. Midwifery. 2013; 29(3):225–32. DOI: 10.1016/j.midw.2011.12.009
18. Reulbach U, Bleich S, Knörr J, Burger P, Fasching PA, Kornhuber J, Beckmann MW, Goecke TW. Prä-, peri- und postpartale Depressivität. Fortschr Neurol Psychiatr. 2009 Dec; 77(12):708–13. doi: 10.1055/s-0028-1109822.
19. Schäfers R. Gesundheitsförderung durch Hebammen: Fürsorge und Prävention rund um Mutterschaft und Geburt; mit 6 Tabellen. Stuttgart: Schattauer; 2011.
20. Schiefenhövel, W. (Hrsg.). Gebären- ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege. Unter Mitarbeit von Sich, Dorothea und Gottschalk-Batschkus, Christine. 3., überarb. und stark erw. Aufl. Berlin: VVB Verl. für Wiss. und Bildung (Curare Sonderband, 8);1995
20. Sesia PM. "Women come here on their own when they need to": prenatal care, authoritative knowledge, and maternal health in Oaxaca. Med Anthropol Q. 1996; 10(2):121–40. DOI: 10.1525/maq.1996.10.2.02a00020
22. van Gennep, A. Rites de passage // Übergangsriten. Frankfurt/Main: Campus-Verl. 1909 // 1986.
21. Waugh LJ. Beliefs associated with Mexican immigrant families' practice of la cuarentena during postpartum recovery. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2011; 40(6):732–41. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2011.01298.x

Einfluss von unterschiedlichen Gebärlpositionen auf das Geburtserlebnis von Erstgebärenden

The influence of different birth positions on the childbirth experience of first-time mothers

Hintergrund

Das Erleben einer Geburt wird von zahlreichen inneren und äußeren Faktoren beeinflusst. Es korreliert entgegen früherer Annahmen nicht mit dem Schmerzerleben [17, 19] und wird als komplex und mehrdimensional beschrieben. Dabei umfassen die voneinander unabhängigen Dimensionen Aspekte des intrapartalen Erlebens und der postpartalen emotionalen Bewertung einer Geburt [22]. Der häufig verwendete Begriff „Zufriedenheit“ ist hinsichtlich der vielschichtigen, intrapartalen Befindlichkeit unzureichend [8].

In der Literatur werden viele Faktoren thematisiert, die in die Bewertung des Geburtserlebens einfließen, darunter soziodemographische und anamnestiche Aspekte, Geburtsort und geburtshilfliche Parameter. So bewerten Erstgebärende ihre Geburt laut Studienlage negativer [11, 27]. Eine (ungeplante) Sectio gilt als Prädiktor eines negativen Erlebnisses [4, 20, 27], wie auch geburtshilfliche Interventionen und Komplikationen [4, 14, 15, 28]. Betreuungsaspekte, wie kontinuierliche Betreuung [1, 3, 27], Vertrauen in die Hebamme [16], Einbezug in Entscheidungen und ein hohes Maß an Kontrollgefühlen werden als wichtige, positive Einflüsse auf das Erleben beschrieben [7, 21, 27].

Gebärlpositionen werden selten als möglicher Einflussfaktor auf das Gesamterleben einer Geburt untersucht. In Studien zum Thema Gebärlposition werden eher einzelne Erfahrungen hinsichtlich verschiedener Haltungen,

meist das Schmerzerleben, oder vielmehr deren Auswirkungen auf das fetale, neonatale oder maternale gesundheitsbezogene Outcome thematisiert. Aufrechte Positionen werden mit Vorteilen assoziiert: Schmerzen so eher geringer bewertet als im Liegen [2, 5, 9]. Wenige Studien greifen Aspekte wie aktive Teilhabe, Kontrollgefühl, Erschöpfung, Präferenzen oder Missempfindungen der Gebärenden im Zusammenhang mit Gebärlpositionen auf.

Ziel

Ziel der Studie war es, den Einfluss von Gebärlpositionen auf das Geburtserleben von Erstgebärenden zu erfassen. Dabei wurden weitere Faktoren, die sich auf das Geburtserleben auswirken können, ermittelt und einbezogen.

Methodik

Die Datenerhebung der retrospektiven Kohortenstudie erfolgte Ende 2019 mithilfe eines Online-Fragebogens, der an Mütter gerichtet war, die zwei bis vier Monate zuvor ihr erstes Kind spontan in einer Klinik geboren haben (Schädellage, $\geq 37+0$ SSW, ohne Einleitung). Der Fragebogen beinhaltete neben soziodemographischen und geburtshilflichen Aspekten zwei Instrumente zur Erfassung des Geburtserlebens (SILGer_20) und der Kontroll-

gefühle (*Gefühle und Erleben der Geburt = GE-Geburt*). *SILGer_20* ist die von W. Stadlmayr übersetzte und modifizierte Version der *Salmon's Item List* [19]. Das Erleben wird in vier Dimensionen eingeteilt, ergänzt durch drei Items (siehe Tabelle 1).

Reliabilität und Validität sind hoch zu bewerten [22, 23]. *GE-Geburt* ist die deutschsprachige Kurzversion des *Labour Agency Scale* [13], übersetzt durch das Studienteam „Be-Up: Geburt aktiv“, E. Mattem und G. Ayerle,

Tabelle 1: Kennwerte des SILGer_20

SILGer_20	M	SD	MD	IQA	Min	Max
Gesamt (20 Items, min 0, max 120)	82,60	23,31	89	36	14	117
F1: Erfüllung (6 Items, min 0, max 36)	26,57	7,86	29	12	3	36
F2: Gute emotionale Adaption (5 Items, min 0, max 30)	21,09	7,54	22	12	4	30
F3: Negatives emotionales Erleben (3 Items, min 0, max 18)	15,12	3,93	17	4	0	18
F4: Schmerz-/Belastungserleben (3 Items, min 0, max 18)	7,59	4,41	8	7	0	17
Item 12: Kontrolle (min 1, max 7)	4,87	1,89	5	2	1	7
Item 15: Angst (min 1, max 7)	5,04	1,97	6	3	1	7
Item 18: Zeitdauer (min 1, max 7)	5,32	1,98	6	3	1	7

und zum Zeitpunkt der Studie nicht validiert. Die Genehmigung zur Verwendung beider Instrumente wurde eingeholt.

Insgesamt wurden 90 Fragebögen ausgewertet. Nach deskriptiver Beschreibung der Stichprobe erfolgten uni- und multivariate Analysen in Form von Chi-Quadrat-Tests und multinomialer logistischer Regression. Anhand von zehn Hypothesen wurden mögliche Einflüsse auf das Geburtserleben geprüft, der Fokus lag auf Gebärlagen, weitere Faktoren waren soziodemographische Merkmale, geburtshilfliche Interventionen und Komplikationen sowie vier Betreuungsaspekte (Art des Mitschiebens, Kontrollgefühl/ *control*, Betreuungskontinuität/*continuity*, Wahlmöglichkeiten/Einbezug in Entscheidungen/*choice*). Das Geburtserleben stellt die abhängige Variable dar und wurde anhand des Cut-Off-Werts (70/120 P.) als positiv oder negativ gewertet [23]. Die möglichen Einflussfaktoren wurden dichotomisiert, mit Ausnahme der metrischen Variablen *control*. Um Betreuungskontinuität und Wahlmöglichkeiten/Entscheidungseinbezug abzubilden, wurden ausgehend von literaturgestützten Fragen Scores gebildet, *continuity* bestehend aus drei Items, *choice* aus sieben. Die aus den univariaten Analysen ermittelten statistisch signifikanten Einflussfaktoren wurden in das multivariate Modell aufgenommen.

Ergebnisse

Ausgewählte Stichprobendaten und geburtshilfliche Parameter sind in Tabelle 2 dargestellt. Die Geburten lagen sieben bis 19 Wochen zurück ($M=12,47$, $SD=3,29$). 65,6% ($n=59$) der Gebärenden ($N=90$) brachten ihr Kind im Liegen zur Welt, d. h. in Rücken-, Steinschnitt- oder Seitenlage. 56,7% ($n=51$) der Frauen wurden zum Pressen angeleitet. Der durchschnittliche Summenwert der erlebten Kontrolle lag bei $M=50,99$ ($SD=12,79$) von 70 Punkten (*GE-Geburt*). *Continuity* war bei 52,2% ($n=47$) der Gebärenden gegeben, *choice* bei 74,4% ($n=67$). 30,0% ($n=27$) der Frauen bewerteten ihr Geburtserleben negativ. Lage- und Streuungsmaße des *SILGer* sind in Tabelle 1 zu sehen. Die Reliabilitätsanalyse der vorliegenden Stichprobe deutet auf ein geringeres Cronbach's Alpha hin: 0,81 im Vergleich zu dem publizierten 0,87 [23]; d.h. es zeigt eine gute psychometrische Qualität.

Aus den univariaten Analysen geht hervor, dass liegende Gebärlagen das Geburtserleben wie folgt beeinflussen (siehe Tabelle 3): Die Chance für ein negatives Erlebnis ist bei Frauen mit liegender Geburt 4,31-mal höher als bei Frauen mit nicht-liegenden Positionen (OR 4,31 [95% KI: 1,33-13,94] $p=0,007$). Die geringere Bewertung nach Geburten im Liegen spie-

gelt sich in allen Dimensionen des *SILGer* wider. Weitere signifikante Einflussfaktoren auf ein negatives Erleben im Einzelnen wurden ermittelt: Oxytocin-Gabe, Geburtsverletzungen, intra-/ postpartale Komplikationen, angeleitetes Pressen, geringe Kontrolle, mangelnde Betreuungskontinuität sowie fehlende Wahlmöglichkeiten/ Einbezug in Entscheidungen. Soziodemographische Aspekte, schmerzleichternde Mittel/ Periduralanästhesie (PDA), Episiotomie und Verlegung des Neugeborenen zur Intensivstation stehen nicht nachweisbar im Zusammenhang mit dem Erleben.

In der multivariaten Analyse verbleiben mangelnde Kontrolle (OR 0,78 [95% KI: 0,69-0,88] $p<0,001$) und geburtshilfliche Komplikationen (OR 10,82 [95% KI: 1,55-75,59] $p=0,016$) als negative Effekte auf das Gesamterleben. Das Modell ist signifikant ($p<0,001$). Der Anteil der erklärten Varianz liegt bei 71,2% (Nagelkerke- R^2).

Diskussion

Ein Vergleich von Studien ist wegen deren Heterogenität schwierig. Das Geburtserleben wird unterschiedlich definiert und erhoben, was ein Grund für die eher hohe Prävalenz eines negativen Erlebens von 30% in der Studie im Vergleich zu rund 5% bis 25% im Forschungskontext sein kann [4, 14, 16, 18, 21, 28].

Viele Ergebnisse der Analyse sind weitestgehend mit denen der Studienlage vergleichbar. Das gilt für soziodemographische Aspekte, wobei keine Einflüsse des maternalen Alters, der Herkunft und des Schulabschlusses auf das Geburtserleben erkennbar sind [18, 27], für die Oxytocin-Gabe und das Auftreten von Geburtsverletzungen als negativer Einfluss auf das Erleben [4, 14] sowie für die Betreuungsaspekte *control*, *continuity* und *choice*. Hierzu werden in der Literatur, ähnlich zur Analyse, Kontrollverlust und Mangel an Kontrollgefühl als Risikofaktoren für ein negatives Erleben beschrieben [11, 25, 28], wie auch eine unzureichende Verfügbarkeit und Unterstützung oder ein Wunsch nach häufigerer Anwesenheit der Hebammen [24-26]. Eine Einbindung in den Geburtsprozess und in Entscheidungen wirkt sich positiv auf das Erleben aus [21, 27] bzw. das Fehlen dieser Ein-

Tabelle 2: Merkmale der Stichprobe und geburtshilfliche Faktoren

Variable	n (%)
Maternales Alter: M=31,44, SD=4,28	≤ 30 Jahre 35 (38,9) ≥ 31 Jahre 55 (61,1)
Familienstand	In fester Partnerschaft lebend 85 (94,4) Alleinlebend 5 (5,6)
Herkunft	Deutschland 75 (83,3) Andere: Österreich, Schweiz 15 (16,7)
Höchster Schulabschluss	Realschulabschluss 11 (12,2) Fachhochschulreife 11 (12,2) Allg. Hochschulreife/ Abitur 55 (61,1) Anderer (höherer) Abschluss 13 (14,4)
Gebärlage bei Geburt des kindlichen Kopfes	Rückenlage 39 (43,3) Steinschnittlage 8 (8,9) Seitenlage 12 (13,3) Sitzend 1 (1,1) Hockend 5 (5,6) Kniend 13 (14,4) Vierfüßlerstand (gerader Rücken) 5 (5,6) Wassergeburt 7 (7,8)
Schmerzleichternde Mittel	Ja (PDA, Lachgas, Analgesie) 35 (38,9) Nein 55 (61,1)
PDA	Ja 15 (16,7) Nein 75 (83,3)
Intrapartale Oxytocin-Gabe	Ja 24 (26,7) Nein 62 (68,9) Weiß ich nicht (entspricht nein) 4 (4,4)
Geburtsverletzungen	Ja (inkl. Episiotomie) 66 (73,3) Nein 24 (26,7)
Episiotomie	Ja 11 (12,2) Nein 79 (87,8)
Intra-/ postpartale Komplikationen	Ja 21 (23,3) Nein 65 (72,2) Weiß ich nicht (entspricht ja) 4 (2,2)
Verlegung zur neonatalen Intensivstation	Ja 4 (4,4) Nein 86 (95,6)

bindung negativ [24]. Die Betreuungsaspekte zählen zu den relevantesten Prädiktoren, worauf auch das Verbleiben der Kontrolle im multivariaten Modell hindeutet [12, 27]. Entgegen den Ergebnissen anderer Studien, dass sich PDA, Lachgas und Schmerzmittel negativ auf das Geburtserleben auswirken [4, 15, 18, 27], werden in der Analyse keine signifikanten Einflüsse von schmerzleichternden Mitteln auf das Erleben festgestellt.

Weitere Komplikationen, wie pathologische fetale Herztonfrequenz, regelwidrige Einstellung, protrahierter Verlauf, Infektion oder hoher Blutverlust, haben einen negativen Effekt auf das Geburtserleben, auch in der multivariaten Analyse. Hier besteht Forschungsbedarf, da die Faktoren bisher selten bzw. nicht erörtert wurden. Beschrieben werden eine lange Geburtsdauer

[15, 27, 28] oder ein hoher Blutverlust [4] als Einflussfaktoren auf eine negative Bewertung. Auch „kleinere“ Komplikationen oder Interventionen sollten in die Analyse einfließen, der subjektive Schweregrad könnte eine Rolle spielen.

Bedeutsam ist, dass sich liegende Positionen negativ auf das Geburtserleben auswirken, was bisher kaum untersucht wurde. Dieser Effekt ist nur in der univariaten Analyse erkennbar, was auf ein Überwiegen anderer Faktoren im Zusammenspiel hindeutet, die Relevanz dennoch aufzeigt. In wenigen Studien wird das Thema am Rande dargestellt, deren Erkenntnisse sind mit den vorliegenden vergleichbar: Das Erleben bei Frauen in aufrechten Gebärlagen fällt positiver aus [2, 5], ebenso bei freier Bewegung und Wahl verschiedener Gebärlagen [6, 10]. Zudem ist die negative Auswirkung der Anleitung zum Pressen hervorzuheben, die kaum erforscht wurde, jedoch mit vergleichbaren Effekten [2, 29].

Insgesamt sind die Daten nur als beschränkt aussagekräftig anzunehmen, unter anderem aufgrund der kleinen Subgruppen. Auch die Operationalisierung stellt eine mögliche Einschränkung dar, wie die Score-Bildung von *choice* und *continuity* oder die Verwendung von *GE-Geburt* in Verbindung mit *SILGer*. In wenigen Items überschneiden sich die Instrumente, was die signifikanten Ergebnisse bedingen könnte. Durch Festlegen der Samplestruktur wurden mögliche Einflussfaktoren ausgeschlossen, wie Parität, Geburtsort, -modus und Einleitung. Eine Erhebung von Erwartungen an die Geburt oder psychischer Gesundheit prä- und postpartal fehlt.

Schlussfolgerungen

Die Limitationen der Analyse sowie die Lücken und Diskrepanzen der Studienlage zeigen auf, dass weitere Forschungen nötig sind. Prospektive, longitudinale Studien mit größeren Stichproben und Einbezug der vielen Einflussfaktoren sind erforderlich, um sowohl präpartale Erwartungen an die Geburt zu erheben als auch postpartale Bewertungen der Geburt, Befindlichkeiten sowie gesundheitsbezogene Aspekte zu unterschiedlichen Zeitpunkten einzubeziehen. Es sollten Maßnahmen ergriffen werden, um negative Geburtserfahrungen zu mindern und positive Erlebnisse zu fördern: Durch kontinuierliche Unterstützung der Hebamme, Stärken der persönlichen Kontrolle der Gebärenden sowie Einnehmen von verschiedenen, nicht -liegenden Positionen können Geburtsschmerzen gelindert, Komplikationen verhindert, Interventionen vermieden und somit negative Einflüsse auf das Erleben reduziert werden.

Die Limitationen der Analyse sowie die Lücken und Diskrepanzen der Studienlage zeigen auf, dass weitere Forschungen nötig sind. Prospektive, longitudinale Studien mit größeren Stichproben und Einbezug der vielen Einflussfaktoren sind erforderlich, um sowohl präpartale Erwartungen an die Geburt zu erheben als auch postpartale Bewertungen der Geburt, Befindlichkeiten sowie gesundheitsbezogene Aspekte zu unterschiedlichen Zeitpunkten einzubeziehen. Es sollten Maßnahmen ergriffen werden, um negative Geburtserfahrungen zu mindern und positive Erlebnisse zu fördern: Durch kontinuierliche Unterstützung der Hebamme, Stärken der persönlichen Kontrolle der Gebärenden sowie Einnehmen von verschiedenen, nicht -liegenden Positionen können Geburtsschmerzen gelindert, Komplikationen verhindert, Interventionen vermieden und somit negative Einflüsse auf das Erleben reduziert werden.

Tabelle 3: Einflussfaktoren auf das Geburtserleben (univariater Test, $p \leq 0.05$)

		Negatives Geburtserleben			
Variablen	n	n (%)	p	OR	KI (%)
Hypothese A: Gebärlage					
Gebärlage	Liegend (59)	23 (39.0)	.007*	4.31	1.33-13.94
	Nicht-liegend (31)	4 (12.9)			
Hypothese B: soziodem. Merkmale					
Alter	≥ 31 Jahre (55)	16 (29.1)	.814	0.90	0.36-2.25
	≤ 30 Jahre (35)	11 (31.4)			
Herkunft	AT/ CH (15)	2 (13.3)	.100	0.31	0.06-1.47
	DE (75)	25 (33.3)			
Höchster Schulabschluss	≤ Realschule (11)	3 (27.3)	.832	0.86	0.21-3.52
	≥ Fachhochschule (79)	24 (30.4)			
Hypothese C: schmerzleichternde Mittel					
Schmerzleichternde Mittel	Ja (35)	12 (34.3)	.481	1.40	0.58-3.48
	Nein (55)	15 (27.3)			
PDA	Ja (15)	6 (40.0)	.365	1.71	0.54-5.41
	Nein (75)	21 (28.0)			
Hypothese D: Oxytocin-Gabe					
Oxytocin-Gabe	Ja (24)	13 (54.2)	.003	4.39	1.62-11.89
	Nein (66)	14 (21.2)			
Hypothese E: Geburtsverletzungen					
Geburtsverletzung	Ja (66)	24 (36.4)	.021	4.00	1.08-14.82
	Nein (24)	3 (12.5)			
Episiotomie	Ja (11)	6 (54.5)	.069	3.31	0.92-12.01
	Nein (79)	21 (26.6)			
Hypothese F: Komplikationen					
Intra-/ postpartale Komplikationen	Ja (25)	13 (52.0)	.006	3.95	1.48-10.54
	Nein (65)	14 (21.5)			
Verlegung zur neo. Intensivstation	Ja (4)	1 (25.0)	.820	0.77	0.08-7.75
	Nein (86)	26 (30.2)			
Hypothese G: Art d. Mitschiebens					
Angeleitetes Pressen	Ja (51)	20 (39.2)	.026	2.95	1.09-7.96
	Nein (39)	7 (17.9)			
Hypothese H: Betreuung control					
GE-Geburt	n (89)	-	<.001	0.84	0.76-0.90
Hypothese I: Betreuung continuity					
Kontinuität gegeben (Score)	Nein (40)	20 (50.0)	<.001	5.71	2.07-15.76
	Ja (47)	7 (14.9)			
Hypothese J: Betreuung choice					
Wahlmöglichkeiten/ Einbezug (Score)	Nein (21)	13 (61.9)	<.001	6.15	2.13-17.75
	Ja (67)	14 (20.9)			

Autorin: Linda Kurzweil B.Sc.

Kontakt: linda@kurzweil-hebamme.de

Die Bachelorarbeit wurde von Frau Prof.in Dr. Dorothea Tegethoff und Frau Joanna Streffing M.Sc. (Evangelische Hochschule Berlin) betreut und am 9.8.2020 eingereicht.

Literatur:

- Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017(7):CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6
- Chang S-C, Chou M-M, Lin K-C, Lin L-C, Lin Y-L, Kuo S-C. Effects of a pushing intervention on pain, fatigue and birthing experiences among Taiwanese women during the second stage of labour. Midwifery. 2011; 27(6):825-31. DOI: 10.1016/j.midw.2010.08.009
- Dahlberg U, Aune I. The woman's birth experience: The effect of interpersonal relationships and continuity of care. Midwifery. 2013; 29(4):407-15. DOI: 10.1016/j.midw.2012.09.006
- Falk M, Nelson M, Blomberg M. The impact of obstetric interventions and complications on women's satisfaction with childbirth: a population based cohort study including 16,000 women. BMC pregnancy and childbirth. 2019; 19:494. DOI: 10.1186/s12884-019-2633-8

Fortsetzung auf den Seiten 26 und 36

Die Redaktion

Angestoßen durch Sue Travis Abschied aus der Redaktion zum Ende des letzten Jahres, wurden die Zuständigkeiten innerhalb des Teams verändert. Für die Rubriken Originalartikel, Einblicke in Forschung & Lehre sowie für die Publikation von Stellungnahmen, Standpunkte, Positionspapieren und aktuellen Berichten zur Leitlinienarbeit, aus dem Vorstand und aus der Redaktion ist in Abstimmung mit den Editors-in-Chief nun Associate Editor Friederike Hesse zuständig. Associate Editor Marielle Pommereau bleibt für die Rubriken Junges Forum, Reviews und Termine zuständig, übernimmt nun aber auch die aktuellen Beiträge aus den Sektionen und Arbeitsgruppen sowie von den Mandatstragenden der DGHWi.

Die Redaktion ist nun über das Kontaktformular auf der Website (www.dghwi.de/zhwi/redaktion) und über die neu eingerichtete E-Mail-

Adresse redaktion@dghwi.de sowie weiterhin über die persönlichen E-Mail-Adressen der Editors zu erreichen (siehe Kasten). Alle anderen E-Mail-Adressen werden stillgelegt. Die auf der Website hinterlegten Dokumente werden in den kommenden Wochen entsprechend überarbeitet.

Die Redaktion bittet darum, Einreichungen von Manuskripten für die Rubriken Originalartikel, Einblicke in Forschung & Lehre sowie das Junge Forum über die entsprechenden Formulare auf der Website vorzunehmen: www.dghwi.de/zhwi/einreichungen. Bei Fragen oder Problemen steht Friederike Hesse als Ansprechpartnerin zur Verfügung.

Person	Position	Aufgabenbereiche	E-Mail-Adresse
Dr. Annekatrin Skeide und Prof. Dr. Dorothea Tegethoff MHA	Editors-in-Chief	Konzeption, Herausgabe & Gesamtverantwortung	editor@dghwi.de
Friederike M. Hesse M.A.	Associate Editor	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Korrespondenzen der Redaktion ♦ Originalartikel ♦ Einblicke in Forschung & Lehre ♦ Publikationen der DGHWi ♦ Aktuelles & Bekanntmachungen 	a-editor_fh@dghwi.de
Marielle Pommereau M.A.	Associate Editor	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Junges Forum ♦ Mandate & Sektionen/ AGs ♦ Reviews ♦ Termine 	a-editor_mp@dghwi.de
Dr. Gertrud M. Ayerle		Layout	

6. Internationale Konferenz

der

Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

Chancengleichheit – Equality and Equity in Childbirth

10. und 11. Februar 2022

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Katharina-Sulzer-Platz 9, CH-5401 Winterthur

Fragen oder Anregungen richten Sie bitte an: 6-int-konferenz@dghwi.de

Siehe Call for Abstracts auf Seite 52

Call for Abstracts bis 30.08.2021 !

Im Rahmen der Konferenz werden Forschungsergebnisse und wissenschaftlich-methodische Herausforderungen der Hebammenwissenschaft sowie relevanter angrenzender Wissenschaften in Vorträgen, Posterpräsentationen, Workshops und Diskussionsforen präsentiert und diskutiert.

Wir laden Sie ein, das Forum der **6. Internationalen Konferenz der DGHWi** als Plattform für die Darstellung Ihrer wissenschaftlichen Arbeit zu nutzen. Auch freuen wir uns über Beiträge zu innovativen Projekten, die Sie initiiert und/oder durchgeführt haben.

Sie können Ihr Abstract bis zum 30.08.2021 einreichen.

Den Link für die Einreichung der Abstract sowie aktuelle Informationen zur Veranstaltung finden Sie unter:

<https://www.dghwi.de/veranstaltungen/internationale-konferenz>

Termine

Fristen für die Einreichung von Manuskripten für die ZHWi: 30. April 2018 und 31. August 2018

Juni 2021

47. Jahrestagung der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin e.V. (GNPI)

17. Juni – 19. Juni 2021, Wien, Österreich

Nähere Informationen unter: www.gnpi2021.de

Juli 2021

Hebammenwissenschaftliches Promotionskolloquium

05. Juli 2021, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale)

Nähere Informationen unter: Dr. Gertrud M. Ayerle, E-Mail: gertrud.ayerle@medizin.uni-halle.de

Oktober 2021

Ethische Herausforderungen in der Geburtshilfe – 5. Fachtagung Geburtshilfe

08. Oktober 2021, Bern, Schweiz

Nähere Informationen unter: <https://www.bfh.ch/de/aktuell/veranstaltungen/fachtagung-geburtshilfe/>

Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

06. Oktober – 8. Oktober 2021, virtuell

Nähere Informationen unter: <https://www.dkvf.de/de/>

November 2021

30. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin: „πάντα ῥεῖ – alles fließt – Wandel als Herausforderung“

24. November – 27. November 2021, virtuell

Nähere Informationen unter: <https://www.dgpm-kongress.de/>

Februar 2022

16. Mitgliederversammlung der DGHWi

10. Februar 2022, Winterthur, Schweiz

Nähere Informationen unter: <https://www.dghwi.de/veranstaltung/16-mitgliederversammlung-der-dghwi/>

6. Internationale Konferenz der DGHWi

10. Februar – 11. Februar 2022, Winterthur, Schweiz

Nähere Informationen unter: <https://www.dghwi.de/veranstaltung/6-internationale-konferenz-der-dghwi/>

Vorstand der DGHWi

Vorsitzende

Elke Mattern M.Sc.

Hebamme, Familienhebamme, Gesundheits- und Pflege-
wissenschaftlerin, Doktorandin
E-Mail: vorsitzende@dghwi.de

Stellvertretende Vorsitzende

Prof. Dr. Dorothea Tegethoff MHA

Hebamme, Erziehungswissenschaftlerin, Master in Health
Administration
E-Mail: stellvertr.vorsitzende@dghwi.de

Schriftführerin

Caroline Agricola B.Sc.

Hebamme
E-Mail: schriftfuehrerin@dghwi.de

Schatzmeisterin

Kerstin Böhm M.A.

Hebamme, Lehrbeauftragte der EHB
E-Mail: schatzmeisterin@dghwi.de

Beisitzerinnen

Prof. Dr. Barbara Baumgärtner

Hebamme, Lehramt Pflegewissenschaft, Diplom für Berufs-
pädagogik, Public Health
E-Mail: beisitzerin.bb@dghwi.de

Dr. Astrid Krah

Hebamme, Dipl. Pflegewirtin, Gesundheitswissenschaftlerin
E-Mail: beisitzerin.ak@dghwi.de

Prof. Dr. Jessica Pehlke-Milde

Hebamme, Master Health Professions Education
E-Mail: beisitzerin.jpm@dghwi.de

Impressum

Herausgeberin (Sponsor)

Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.

Geschäftsstelle (Office)

Postfach 1242, 31232 Edemissen
FAX: 05372-971878

Editors in chief

Dr. Annetkatrin Skeide, Prof. Dr. Dorothea Tegethoff MHA

Assistant editors

Friederike M. Hesse B.A., B.Sc., Marielle Pommereau B.A.,

Reviewboard

Prof. Dr. Nicola H. Bauer, PD Dr. Eva Cignacco, Prof. Dr. Mechthild
Groß, Prof. Dr. Sascha Köpke, Prof. Dr. Petra Kolip, Prof. Dr. Maritta
Kühnert, Prof. Dr. Frank Louwen, Prof. Dr. Friederike zu Sayn-
Wittgenstein, Prof. Dr. Beate Schücking.

Erweiterter (extended) Reviewboard

Dr. Gertrud M. Ayerle, Prof. Dr. Barbara Baumgärtner, Prof. Dr.
Beate Blättner, Dr. Anke Berger, Prof. Dr. Andreas Büscher, Dr. Lena
Dorin MPH, Prof. Dr. Manuela Franitza, Prof. Dr. Claudia Hellmers,
Prof. Dr. Elke Hotze, Prof. Nina Knappe Ph.D., Dr. Elisabeth Kurth,
Prof. Dr. Ute Lange, Prof. Julia Leinweber Ph.D., Prof. Dr. Sabine
Metzing, Michaela Michel-Schuldt M.Sc., Prof. Dr. Jessica Pehlke-
Milde, Dr. Beate Ramsayer, Dr. Nina Reitis, Dr. Tanja Richter, Prof.
Dr. Rainild Schäfers, Prof. Dr. Birgit Seelbach-Göbel, Dr. Katja
Stahl, Dr. Sabine Striebich, Prof. Dr. Dorothea Tegethoff MHA,
Prof. Dr. Oda von Rahden, Carmen Wyss M.A.

Lektorat (Editorial staff)

Friederike M. Hesse M.A., Marielle Pommereau M.A.

Layout

Dr. Gertrud M. Ayerle

Druck (Printing house): Viaprinto, Münster.

ISSN: 2196-4416

Copyright

Die Originalartikel sind Open-Access-Artikel und stehen unter den
Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License.
Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

The original articles are Open Access articles distributed under the
terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license
information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Zitierung der Texte (Citation)

Autor*innen. Titel. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (*Journal of
Midwifery Science*). 2021;09(01):Seitenzahlen.

Authors. Title. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (*Journal of
Midwifery Science*). 2021;09(01): page numbers.

Datum (Date): 27.5.2021



Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.
Geschäftsstelle: Postfach 1242, 31232 Edemissen
E-Mail: vorsitzende@dghwi.de
Website: www.dghwi.de